

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 111

Travail effectué sous la Direction
de Monsieur le Professeur Agrégé DUFOURT
au Sanatorium Sainte-Eugénie

Enquête sur l'Etat Actuel
de la Chrysothérapie
dans la Tuberculose Pulmonaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GOUSSE

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 24 Mai 1912, à St MAUR-LES-FOSSÉS (Seine)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

**Enquête sur l'état actuel de la chrysothérapie
dans la tuberculose pulmonaire**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail effectué sous la Direction
de Monsieur le Professeur Agrégé DUFOUT
au Sanatorium Sainte-Eugénie

Enquête sur l'Etat Actuel de la Chrysothérapie dans la Tuberculose Pulmonaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GOUSSE

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 24 Mai 1912, à St MAUR-LES-FOSSÉS (Seine)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. **CLUZE**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	}	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique urologique.....		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM.	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie		NOEL.

AGREGES

MM. GABRIELLE DECHAUME BERNHEIM POLLOSSON CHAMBON EPARVIER	MM. GUILLEMINET MORENAS REVOL ENSELME SEDALLIAN CREYSSSEL	MM. DE ROUGEMONT P. RAVAUT PIGEAUD CROIZAT DELORE JOSSERAND	MM. MORIN BERTRAND CLAVEL LEVRAT
--	---	---	--

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COURMONT, *président* : DUFOUT, *assesseur* ;
SÉDALLIAN et CROIZAT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Nous n'avons jamais eu l'honneur de figurer parmi ses élèves. Il a bien voulu accepter de présider notre Jury. Qu'il accepte ici l'hommage de notre respect et nos remerciements.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. DUFOURT

Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu le bonheur de suivre son enseignement, de pouvoir apprécier sa très haute compétence, son ardent désir de faire reculer plus encore l'incurabilité de la tuberculose par l'application judicieusement choisie des thérapeutiques les plus audacieuses.

Nous tenons à le remercier très vivement de l'accueil si aimable et si cordial qu'il nous a réservé et des conseils qu'il nous a donnés pour la composition de ce travail.

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre gratitude et de notre vif attachement en lui dédiant cet ouvrage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CROIZAT
Médecin des Hôpitaux

Il a été pour nous un guide sûr au lit du malade et dans la science difficile qu'est l'anatomie pathologique. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande affabilité.

Aussi, sommes-nous très heureux de l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien être notre juge et nous l'en remercions bien vivement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEDALLIAN
Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu l'avantage de pouvoir apprécier au Laboratoire d'Hygiène la clarté et la précision de son enseignement.

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter d'être notre juge.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER
MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET
MONSIEUR LE DOCTEUR PALLIARD

A MES CONFÉRENCIERS

MESSIEURS LES DOCTEURS

P. ARNULF

M. PLAUCHUT

M. BRUN

M. GIRARD

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT A. JACOB

Médecin des Hôpitaux Militaires

Nous sommes heureux de pouvoir lui dire ici, toute la gratitude que nous lui avons, des soins qu'il nous a donnés et tous nos remerciements pour nous avoir rendu à une vie meilleure.

A MONSIEUR LE DOCTEUR D. DOUADY

Médecin Directeur du Sanatorium des Etudiants

Nous sommes très heureux de pouvoir le remercier de l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé et de l'aide qu'il nous a apportée.

Enquête sur l'état actuel de la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire

AVANT-PROPOS

A propos du traitement de la tuberculose pulmonaire
en général
et de la Chrysothérapie en particulier.

« La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire
« depuis son apparition en 1924, a fait l'objet de
« controverses incessantes, dont l'aboutissement ac-
« tuel paraît être l'abandon progressif de cette mé-
« thode thérapeutique. »

Ainsi s'exprime Rivollier dans l'excellente thèse
qui lui a été inspirée par notre Maître, le Professeur
Paul Courmont.

Nous estimons pouvoir être encore plus affirmatif.
Les discussions qui se sont élevées sur les résultats
donnés par la chrysothérapie sont closes. L'immense
majorité des phthisiologues souhaite que cette théra-
peutique, dont l'action utile est tempérée par de no-
tables inconvénients de tout ordre, reprenne, dans
l'arsenal des médications accessoires de la tubercu-
lose, la place qui doit être la sienne.

Pour apprécier une thérapeutique, il faut se placer très haut et considérer un ensemble. L'examen des faits isolés nuit aux vues générales. La question qui demeure posée est la suivante : « Oui ou non, l'or a-t-il été utile à l'ensemble ou même simplement à la majorité des tuberculeux pulmonaires ? »

A ceci, nous répondrons non. Il n'entre certes pas dans notre esprit de nier que, dans quelques cas, l'or n'ait pu rendre service. Il a bien fallu tout de même que les premières observations aient constaté certains effets favorables. Encore qu'ils aient très mal démêlé ce qui, dans les améliorations obtenues, ressortissait à la cure sanatoriale, à la collapsothérapie souvent associées, et à l'or lui-même. Il semble que le Monde médical ait vécu quelques années sous le signe de l'hallucination collective.

L'or ne guérit pas la tuberculose pulmonaire. L'or peut quelquefois modifier son évolution en imprimant aux lésions existantes une allure fibreuse. C'est dire que son emploi doit être judicieusement limité à certaines formes de la maladie, peu nombreuses en vérité. De toutes façons, il convient de détrôner cette thérapeutique de la place d'honneur qu'elle a usurpée. Il est nécessaire d'en restreindre l'emploi à un petit choix de malades, à ceux qui se montrent tolérants et chez qui l'on ne peut, pour une raison ou pour une autre, appliquer les méthodes de collapsothérapie autrement opérantes.

Le plus terrible reproche que l'on doit, à l'usage, adresser à l'or, c'est d'avoir trop souvent empêché en temps utile la création d'un pneumothorax arti-

ficiel. A ce point de vue, la chrysothérapie a été et demeure néfaste. Aucune thérapeutique n'aura rendu incurables autant de tuberculeux. Et le mal ne fait que s'accroître, parce qu'il se généralise.

En effet, la chrysothérapie, qui a d'abord appartenue au monde limité des phtisiologues, est devenue, au fur et à mesure que ceux-ci l'abandonnaient ou restreignaient son emploi, l'arme que les médecins praticiens ont cru pouvoir utiliser largement dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire, à toutes les périodes d'évolution de la maladie.

.....

Nous avons, dans nos cartons, des observations de tuberculeuses qui ont commencé à être traitées dans leur adolescence. Elles ont reçu plus de 25 grammes de sels d'or. Leurs téguments ont acquis la pigmentation caractéristique. Les films montrent que l'or n'a pas pu empêcher ni les récidives ni l'aggravation d'un processus lésionnel d'abord limité. Si de telles malades avaient été traitées au début par un pneumothorax, il y a beau temps qu'elles auraient guéri, se seraient mariées et seraient devenues mères de famille. Au lieu de cela, elles sont infirmes pour la vie. De mariage, d'enfants, il ne saurait être question. Il en est qui ont fini par mourir. En mettant les choses au mieux, l'or, en assurant la pérennité des lésions, a rempli son rôle le plus évident de pourvoyeur d'incurabilité. Et c'est de plus en plus souvent, seulement à ce moment-là, quand les lésions fixées dans leur sclérose sont devenues définitives, qu'il nous est demandé d'avoir recours, en fin de

compte, à la collapsothérapie. Lassé de la lutte qu'il a soutenue pendant des années, justifiant ses tenaces efforts par l'énumération impressionnante des doses d'or utilisées, le praticien demande au spécialiste la création d'un pneumothorax, dont l'heure et la possibilité sont depuis longtemps écoulées. L'ombre du chirurgien se profile dans la coulisse, et, à l'énoncé d'un pneumothorax extra-pleural ou d'une thoracoplastie, les malades désorientés récriminent et se perdent en longs regrets sur le passé.

Si nous écrivons ces lignes, c'est parce que nous avons trop souvent vécu ces tragédies, doublement déplorables, parce qu'elles se soldent par des infirmités définitives, ou des pertes de vies humaines, et qu'elles contribuent à entretenir dans l'esprit des malades ces dogmes faux de l'incurabilité de la tuberculose et de l'inutilité des sanatoriums.

.....

D'une façon générale, dans la guérison des lésions tuberculeuses, la sclérose doit arriver à son heure. Un des gros reproches que l'on peut élever contre la chrysothérapie, c'est de déclancher trop tôt un processus de sclérose autour des cavernes où les phénomènes de rétractilité ne jouent pas encore spontanément. C'est un mal irréparable que de cercler une caverne de tissu fibreux, que de transformer en tissu fibreux semé de géodes définitives et irrétractiles, un infiltrat déjà excavé ou une lobite récente que d'autres procédés de collapsothérapie auraient pu guérir complètement. Quand donc aurons-nous fini de voir arriver à nos consultations des malades soumis depuis

des années aux sels d'or, épaves lamentables dont les poumons symphysés de haut en bas et semés de vieilles géodes en milieu fibreux, sont la vivante condamnation d'une thérapeutique dont le premier reproche est de se montrer si profondément défailante, et dont le dernier est de s'opposer désormais à toute action utile.

L'or doit céder la place prééminente qu'il a occupée et qu'il occupe encore dans certains milieux. Il constitue non pas une thérapeutique spécifique, mais une médication adjuvante.

Si l'on veut bien ne pas inscrire à son passif, tous les accidents, toutes les intoxications dont il a jalonné sa route, il reste que, tombé dans le domaine public, réclamé par trop de malades, appliqué par trop de médecins, il aura, par ses insuccès et par la contrainte exercée sur d'autres thérapeutiques, celles-ci efficaces, constitué non seulement un arrêt, mais un recul dans l'effort tenté pour la guérison de la tuberculose pulmonaire.

Et si l'état de choses actuel devait se perpétuer, si les tuberculeux pulmonaires devaient continuer à être systématiquement soumis à l'or, quelle que soit la période de leur évolution et la nature de leurs lésions, il serait à souhaiter que la chrysothérapie, malgré les services incontestables qu'elle a pu rendre, n'ait jamais vu le jour.

Professeur Agrégé A. DUFOURT,
(*Lyon Médical*, 20 novembre 1938.)

INTRODUCTION

*« Il [l'or] se trouve dans la chaise percée,
tout tel qu'il a été pris par la bouche. »*

*[Bref discours des admirables vertus de
l'or potable]. DE LA TOUR, 1575.*

Presque chaque année, un travail nouveau paraît sur l'emploi de l'or en thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Les opinions les plus nuancées s'y expriment, en général d'une façon favorable pour la méthode. On y montre des statistiques soigneusement étudiées, avec des résultats encourageants, en faveur d'un sel, d'un mode d'administration, d'une indication. Il n'en ressort d'ailleurs, en général, que péniblement une conclusion thérapeutique, chacun restant sur ses positions.

Dans ce travail, où nous avons fait, nous aussi, une statistique basée sur les malades traités au Sanatorium Sainte-Engénie, sous la direction de M. le Professeur Agrégé Dufourt, nous nous sommes basé uniquement sur le résultat radiologique obtenu après le traitement. Nous n'avons pas pris seulement les malades qui ont été traités par les sels d'or à l'exclusion de toute autre thérapeutique, voyant au contraire, dans l'étude de ces associations, matière à plus

amples réflexions que nous formulons au cours de ce travail.

Il n'a pas été question de faire un historique, qu'on trouvera spirituellement présenté dans la thèse de Rivollier, pas plus que nous n'avons voulu passer en revue les propriétés pharmacodynamiques de l'or, les diverses présentations sous lesquelles on l'emploie.

Il ne sera pas question de doses, ni d'indications : nous serions bien téméraire d'essayer de les déduire de l'étude des dossiers que nous avons compulsés, puisque, après quatorze ans de cet effort thérapeutique, nul n'a pu les poser de façon indiscutée. Elles ne sont faites que des rebuts des autres méthodes.

Bien que certains puissent le regretter, nous prenons parti contre les sels d'or, nous réservant de les employer avec la plus extrême prudence, dans des cas si rares et si choisis, qu'on peut pratiquement dire que nous désirons les voir rayer de la liste des médicaments d'emploi courant. Les résultats obtenus ne valent guère qu'on encoure leurs effets dangereux, lorsqu'on peut employer d'autres thérapeutiques, autrement bienfaisantes.

Nous n'avons pas traité des sels d'or intra-pleuraux, qui ne rentrent pas dans la pratique courante et dont les indications et les effets sont bien spéciaux.

Dix ans après la thèse de Mollard, avec l'observation d'un nombre sensiblement équivalent de malades, nous arrivons à une opinion presque complètement opposée à celle de cet auteur.

CHAPITRE PREMIER

L'ENTHOUSIASME DU DEBUT

*« N'importe quelle médication pourvu
que son administration s'accompagne de
prescription de repos est susceptible de faire
illusion. »*

R. BURNAND.

Le 28 octobre 1924, une grande espérance naquit lorsque le Professeur Hölger Mollgaard fit part, à la Société Danoise de Médecine interne, des résultats de ses recherches sur le Thiosulfate d'or et de sodium : il détruisait les bacilles de Koch et modifiait les tissus tuberculeux.

Pour marquer tout l'espoir contenu dans une telle thérapeutique, on appela ce sel d'or : SANOCRYSINE. C'est de ses modifications qu'est née la gamme des sels variés qui ont été lancés dans tous les pays.

Knud Secher, appuyant l'opinion de Mollgaard, trouve une action très favorable de l'or.

Nous reprenons le début de la thèse de Mollard (Lyon, 1929), qui nous rend bien compte de l'opinion médicale devant l'aurothérapie. Des médecins danois d'abord signalaient des résultats heureux. Puis, le Professeur Knud Faber affirmait bientôt que : « Aucun traitement ne lui avait donné des résultats comparables ».

Les statistiques des auteurs Danois étaient impressionnantes : Knud Faber donnait 60 % d'améliorations avec 26 % de guérisons cliniques. Toutes les statistiques oscillaient autour de 50 % de résultats favorables.

Chacun mentionnait l'amélioration des divers symptômes, en particulier la diminution de la toux et de l'expectoration, et la raréfaction des B. K. ou leur disparition.

D'autre part, la radiographie semblait montrer une évolution favorable des images. On signalait des cavernes qui diminuaient de volume ou même qui disparaissaient.

On parlait bien d'accidents, même d'accidents mortels, mais l'enthousiasme suscité par cette nouvelle thérapeutique n'en fut pas moins grand. On crut avoir trouvé le remède spécifique de la tuberculose.

En France, le Professeur Léon Bernard se fit le défenseur et mieux, l'ardent propagandiste de la chrysothérapie.

MM. Ameuille et Klotz, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 28 novembre 1930, s'exprimaient ainsi :

« L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire, malgré l'intérêt qu'elle suscite parmi les médecins avérés, est loin d'avoir encore la diffusion et l'estime qu'elle mérite. On n'apprécie pas son efficacité, on hésite sur les doses et les indications.

« On lui a déjà trouvé des indications et des contre-indications très limitées. En réalité, les contre-indi-

« cations tirées de l'état du foie et du rein ne paraissent pas très consistantes. Nous n'avons pas de test pour savoir si le foie ou le rein ne supporteront pas tels sels d'or »...

« Les accidents d'intolérance n'ont pas augmenté de fréquence ni d'importance, on pourrait même dire qu'ils ont diminué. Résultats magnifiques dans toutes les conditions, soit au repos, soit au travail, soit en traitement ambulatoire. »

Les auteurs indiquaient que tous les cas en étaient justiciables à la dose de 50 centigrammes deux fois par semaine, avec un total de 10 grammes par série

L'opinion de l'éminent phthisiologue qu'est M. Ameuille méritait d'être citée, comparée à celle qu'il professe actuellement sur la méthode.

Le Professeur Léon Bernard remercie M. Ameuille de sa communication et affirme des résultats remarquables.

Déjà moins optimistes l'année suivante, MM. Ameuille et Hinault signalent deux cas de mort dus aux sels d'or.

Le 29 novembre 1932, le Professeur Léon Bernard, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, fait un éloge extraordinaire des sels d'or à propos de sa statistique personnelle. Ayant employé jusqu'à 0 gr. 50 de crisalbine par injection, il affirme qu'il n'a jamais eu d'accidents et qu'il a été frappé par l'action d'arrêt de la cure sur les poussées évolutives, même graves, dans bon nombre de cas. Il dit notamment :

« Je puis aujourd'hui affirmer la stabilité de ces

« arrêts de poussées. J'ai vu que la plupart des ma-
« lades, chez lesquels ces résultats sont obtenus, en
« conservent le bénéfice pendant des mois et des
« années.

« Avec les cas heureux, j'ai pu saisir une régression
« des lésions qui est nettement perceptible sur les
« films radiographiques. On peut assister à des net-
« toyages radiologiques complets, à l'image d'un
« champ clair et sans opacité se substituant à la lon-
« gue à celle des anomalies antérieures. On voit sou-
« vent disparaître les images cavitaires. A vrai dire,
« ce sont des améliorations que nous pouvons voir
« se produire spontanément, indépendamment du
« traitement aurique. Mais j'ose affirmer que la rela-
« tion de cause à effet est ici attestée par le rapport
« chronologique de l'intervention thérapeutique et
« du phénomène anatomique, comme aussi par la
« fréquence avec laquelle celui-ci est observé à la
« suite de la chrysothérapie ».

Quant aux indications, il les étend à toutes les formes, mais plus particulièrement aux lésions pneumoniques ou caséuses, avec poussées évolutives graves.

Sur 716 cas, l'auteur relève 414 cas favorables.

Après avoir cité cette opinion d'un Maître dont l'influence fut capitale en France, nous continuons notre tour d'horizon.

M. Poix, délégué par l'Institut d'Hygiène de l'Université de Paris, faisait déjà quelques réserves sur les résultats et demandait sagement qu'on attendit une plus large expérimentation. Il traduisait cependant

l'enthousiasme général pour les sels d'or en écrivant :

« Nous nous trouvons, pour la première fois, en
« présence d'un traitement chimiothérapique de la
« tuberculose, dont la spécificité nous paraît incon-
« testable et dont l'efficacité est comparable, peut-
« être même supérieure en raison de sa rapidité, à
« celle du traitement hygiéno-diététique et de la col-
« lapsothérapie. »

Sayé accorde dans « Quimiothérapia de la tuberculosis » deux tiers d'améliorations et se montre favorable à la méthode.

On avait vu dans l'or un équivalent pour la tuberculose du néosalvarsan dans la syphilis. Un Comité d'enquête, en Angleterre, attire l'attention sur les périls plus grands avec l'or qu'avec le néosalvarsan, réclamant un examen soigneux du malade et une grande prudence.

En Suisse, Jessen pense qu'on a faire à un poison métallique dangereux.

Les années passent, et, petit à petit, la fréquence des accidents, l'inutilité non moins fréquente du traitement aurique, amènent l'expression d'opinions beaucoup plus réservées.

Cependant, il reste des enthousiastes et des partisans convaincus.

Le Professeur Leuret conclut, en 1934, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* :

« L'introduction des sels d'or dans la tuberculose
« marque un progrès important. A part les cas déses-
« pérés, tous peuvent en être justiciables. Les injec-

« tions intramusculaires seules sont sans danger grave. Il faut faire des doses moyennes. »

Dans une thèse inspirée par le Professeur Léon Bernard, Autran (thèse, Paris, 1934), s'exprime ainsi :

« J'estime que l'ensemble des faits actuellement
« acquis permet d'affirmer la valeur de l'aurothérapie. On est en mesure d'avancer que la chimio-
« thérapie de la tuberculose si indigente jusqu'ici,
« possède, avec les produits auriques en usage actuellement, une ressource que les médecins n'ont
« plus le droit de dédaigner, mais qu'au contraire,
« ils ont le devoir d'utiliser dans les limites tracées
« par ses indications et aussi par ses inconvénients ».

Chabaud, dans la *Revue de la Tuberculose* de mai 1935, déclare ce médicament spécifique, se basant sur deux cas nets. Il reprend la comparaison avec le néosalvarsan, disant qu'on ne peut pas plus nier la spécificité des sels d'or que celle du néosalvarsan, certaines tuberculoses étant aurorésistantes, comme certaines syphilis sont arsénorésistantes. Il conclut que le discrédit commençant de l'aurothérapie est dû à la mauvaise composition de certains sels d'or, ou provient du fait que par peur des accidents, les médecins font des doses trop faibles.

L'Ecole lyonnaise, avec MM. Cordier, Gaillard et Carle, Garin, Boucomont et Mlle Rougier, publie quelques cas satisfaisants, mais reste, en 1929, dans un enthousiasme modéré.

Notre Maître, le Docteur Dufourt, en 1929, faisant une revue générale sur l'or dans l'*Hôpital*, en déduit des indications limitées, note ses échecs et ses succès.

Il conclut à la nécessité d'une grande prudence, vu les accidents nombreux, et à l'emploi des petites doses. Mais il admet que l'or paraît le meilleur traitement chimiothérapique dont on dispose.

Plus récemment, Hinault et Mollard nous font part de leur foi dans l'aurothérapie en écrivant ceci :

« Un pouvoir thérapeutique irrégulier, inconstant
« mais réel. Un secours presque toujours opportun,
« une activité quelquefois brillante, une force dont
« on peut diminuer les dangers et accroître l'inten-
« sité si l'on adopte une posologie plus forte et une
« technique plus précise : il y a cela dans les sels
« d'or que nous connaissons et nous croyons qu'il y
« a vraiment tout cela ».

Jacquelin les recommande dans les asthmes où l'infection tuberculeuse est discrète ou même latente.

Nous terminons là notre revue de l'enthousiasme déchaîné par les sels d'or. Il s'est atténué peu à peu au fur et à mesure que la liste des accidents s'allongeait. Nous n'entreprendrons pas de suivre, dans leur évolution, l'opinion des plus hautes personnalités du Monde phtisiologique, mais, dans un prochain chapitre, nous allons faire connaître l'état actuel de l'opinion, d'après une consultation assez large faite parmi les phtisiologues de langue française.

On verra qu'instruits par une expérience plus approfondie, une pratique plus étendue, beaucoup des Maîtres de la Phtisiologie moderne se montrent réservés ou même sévères à l'égard des sels d'or. Certains s'en sont complètement détachés.

CHAPITRE II

QUELQUES OPINIONS MEDICALES SUR LA CHRYSOTHERAPIE

« L'aurothérapie ne peut plus être considérée que comme un adjuvant de second plan, dont l'action, efficace chez certains malades, s'avère cependant dans la grande majorité des cas, comme capricieuse, incertaine, transitoire ou nulle. »

Albert GIRAUD.

Avant de reproduire textuellement ou de résumer aussi fidèlement que possible les opinions des phthisiologues qui ont bien voulu répondre à notre enquête, nous tenons à leur exprimer, en tête de ce chapitre, nos remerciements les plus vifs.

Ces remerciements iront tout particulièrement à ceux qui, mus par le seul souci de ce qu'ils croient être la vérité, n'ont pas craint d'opposer loyalement leurs convictions présentes à leurs opinions passées (1).

(1) Nous nous excusons d'autre part, auprès de tous ceux dont nous n'avons pas sollicité l'avis. Nous avons arrêté notre enquête lorsque les éléments d'information nous sont arrivés en nombre suffisant, pour édifier ce petit travail et lui conférer quelque valeur.

PROFESSEUR F. BEZANÇON :

« L'expérience première que nous avons faite des sels d'or lors de la réunion de la première Commission de l'Académie, il y a une dizaine d'années, ne m'avait pas rangé parmi les partisans des sels d'or.

Depuis, dans mon service, cette thérapeutique n'a toujours été employée qu'à minima.

Cette méthode, qui devrait être reprise dans un esprit d'observation scientifique expérimentale, ne me paraît pas devoir conserver la place qu'elle avait trouvée dans la thérapeutique générale de la tuberculose ».

PROFESSEUR E. SERGENT :

« Dès le début, j'ai été un adversaire des sels d'or, en raison des accidents que j'ai constatés et des résultats inefficaces.

Mon opinion a été confirmée par l'expérience ».

DOCTEUR E. RIST :

« Après avoir abandonné la sanocrysine, frappé par des observations de médecins expérimentés, tels que Jaquerod de Leysin et Dumarest, dont l'expérience et le jugement commandent la plus profonde estime, j'ai recommencé à utiliser la chrysalbine. Ce loyal essai a duré quatre ou cinq ans. Je l'ai complètement abandonné, car je n'ai rien vu qui me permette de croire que la chrysothérapie ait une action thérapeutique sur les lésions tuberculeuses.

La preuve de cette thérapeutique n'a pas été ap-

portée. En revanche, nous avons appris à connaître les effets toxiques des sels d'or et à les redouter. Ils ne sont nullement négligeables. Les plus graves sont ceux qui affectent les organes hématopoiétiques. Ils constituent un risque trop sérieux pour qu'on ait le droit de le faire courir à des malades, en se leurrant d'un bénéfice qui n'a pas cessé, en douze ans, d'être hypothétique.

En outre, elle est indirectement nocive, en ce sens qu'elle fait surseoir à l'emploi des méthodes de traitement vraiment efficaces, telles que la collapsothérapie. Lorsque l'échec des sels d'or, dans un cas donné, ne peut plus faire de doute, il est souvent trop tard pour instituer un pneumothorax, qui eût été réalisable et curateur s'il avait été établi de meilleure heure.

D'autre part, l'habitude qu'ont prise certains médecins d'appliquer presque automatiquement la chrysothérapie à des malades non seulement convaincus, mais suspectés de tuberculose, est devenue un véritable péril public ».

PROFESSEUR TROISIER :

« J'ai, sous les yeux, la statistique du dispensaire Léon-Bourgeois à l'Hôpital Laënnec.

Pour l'année 1937, tant dans mon service que dans celui du Professeur Bezançon, on n'a fait que 650 injections de sels d'or sur 33.361 consultations.

Ces chiffres jugent par eux seuls la décadence de l'or ».

PROFESSEUR PAUL COURMONT :

« Il s'agit, ici, surtout de la sanocrysine et de l'allocrysine, sels qui ont été employés par moi sur plusieurs centaines de malades. Les résultats principaux ont été détaillés dans la thèse de Pierre Rivollier (Lyon, 1937), et le mode d'action des sels d'or, avec H. Gardère, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, du 26 octobre 1937.

Deux points à considérer : les résultats obtenus en série, à l'hôpital ou au sanatorium, et la question de l'utilité pratique de l'aurothérapie dans la pratique médicale courante.

I. — *Résultats obtenus en série à la Clinique de la Tuberculose (Hôpital du Perron)*

Ces résultats sont satisfaisants dans 50 % environ des cas : diminution de la température; augmentation du poids; diminution des crachats. Les bacilles ont disparu dans 44 % et il y eut nettoyage radiologique dans 25 %. La mortalité a été, en 3 ans, de 23 %.

Au contraire, chez 54 tuberculeux, non traités pendant le même temps, et chez 29 où le traitement était arrêté dès le début, par suite d'accidents précoces, les chiffres correspondants sont extrêmement défavorables et la mortalité est presque le double des cas précédents.

Les sels d'or eurent donc une réelle efficacité chez la moitié environ des malades chez lesquels le traitement put être poursuivi au-delà de 1 gramme de sel.

Chez les malades qui ne supportent pas le traitement, la mortalité est du double de celle des cas traités

Peut-être faut-il voir dans l'intolérance aux sels d'or une sorte de sensibilité extrême du malade expliquant, d'autre part, la gravité et l'évolution défavorable de ces cas.

L'action des sels d'or peut s'expliquer, pour nous, en partie tout au moins, par les raisons suivantes :

a) Action bactéricide des sels d'or, admise au début par Mollgaard; très controversée depuis, mais nettement établie par nous avec nos élèves H. Gardère et P. Pichat *in vitro* avec une technique spéciale.

Nous avons montré aussi que le sérum et les urines des malades traités acquièrent un fort pouvoir bactéricide. Peut-être cette action bactéricide s'exerce-t-elle dans le sang pour affaiblir ou détruire les bacilles jeunes non acido-résistants, que nous avons appelés des bacilles « nus ».

b) On a évoqué l'action sur le foie et le tissu réticulo-endothélial.

c) Action focale. — Nous insistons sur l'action de ces sels d'or sur les foyers tuberculeux. Réactions vasodilatatrices avec toutes leurs conséquences, les unes favorables dans des cas relativement torpides, les autres défavorables, comme les doses infinitésimales de tuberculine.

d) Rôle de l'hypersensibilité du tuberculeux. — Ce point est capital pour nous. L'action focale et vasodilatatrice des substances analogues dans leurs effets à la tuberculine et, notamment, des sels d'or, peut

donc expliquer certains résultats malheureux et, d'autre part, une partie des accidents.

Cette plurisensibilité du tuberculeux et les considérations précédentes montrent donc les dangers possibles des sels d'or.

e) Accidents. — Les accidents, bien connus et souvent fort graves dus aux sels d'or, sont le grand revers de la médaille.

Pour les éviter, nous avons toujours employé les *petites doses*, tâtant d'abord la susceptibilité du malade par 0 gr. 05 et même moins; nous élevant rarement aux fortes doses jadis employées, c'est-à-dire au-delà de 0 gr. 30 centigrammes.

D'autre part, nous avons toujours arrêté la médication dès les premiers accidents, même bénins.

Pour cela, il faut un examen minutieux du malade avant et après chaque injection.

On peut donc éviter les accidents graves, tant rapprochés à la chrysothérapie; mais il faut, pour cela, des précautions constantes et cela nous conduit aux considérations suivantes :

II. — *Utilisation des Sels d'or en pratique courante*

Les considérations précédentes montrent qu'il s'agit d'un médicament difficile à employer, dangereux si l'on ne prend pas toutes les précautions nécessaires (petites doses, examen minutieux, etc., etc...); dangereux encore plus si l'on ne s'arrête pas au premier accident.

Un autre danger de la chimiothérapie par l'or se-

rait de négliger le traitement précoce par le pneumothorax, de perdre un temps précieux en chimiothérapie de résultats incertains.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que les méfaits de cette chimiothérapie peuvent être très grands dans la pratique courante où le médecin ne peut que très difficilement observer les règles qui sont imposées dans les traitements en série, à l'hôpital ou au sanatorium.

Enfin, il faut bien retenir que les grosses améliorations et les guérisons, apparentes parfois, obtenues, peuvent fréquemment ne pas persister longtemps après la cessation du traitement. Nombreux sont les cas qui font des rechutes graves un certain temps après la période de chimiothérapie.

En résumé, notre opinion est la suivante :

1° Des résultats intéressants sont obtenus par le traitement prudent, à petites doses et en série dans les hôpitaux ou sanatoria.

2° Ces résultats ne sont souvent que temporaires.

3° Les accidents de l'aurothérapie peuvent être très graves si l'on n'observe pas toutes les précautions de règle.

4° Il s'agit donc d'une thérapeutique intéressante dont la pratique doit être continuée à l'hôpital et au sanatorium. Des perfectionnements de technique ou l'emploi de nouveaux sels peuvent d'ailleurs faire espérer des résultats encore meilleurs.

5° Mais cette thérapeutique ne doit jamais se substituer au pneumothorax artificiel ni en faire retarder l'application.

Dans la clientèle courante, la pratique de l'aurothérapie ne donne, pour toutes ces raisons, que des résultats inconstants et fragiles, et amène souvent plus d'accidents graves ou de retard dans l'application de traitements plus efficaces qu'elle ne produit d'effet utile ».

PROFESSEUR V. CORDIER :

1° *La chrysothérapie ne peut être qu'une méthode adjuvante.* — En aucun cas, elle ne peut être confrontée, et, *a fortiori*, opposée à la collapsothérapie.

Opinion d'un classicisme élémentaire pour les phthisiologues, qui n'est pas assez partagée par le grand public médical.

De là, le péril de la chrysothérapie qui, appliquée à tort, retarde l'heure de la collapsothérapie.

2° *Est-elle dangereuse?* — Ses accidents, bien connus, sont assez rares, assez prévisibles dans beaucoup de cas, assez liés aux doses excessives, pour que ce danger puisse être considéré comme secondaire, si la méthode était réellement active.

3° *Est-elle active?*

a) Il est certain qu'elle est sans action dans les formes franchement évolutives, à tendance ulcéreuse.

b) Elle donne, dans quelques cas de tuberculose pulmonaire fibreuse, des améliorations stéthacoustiques et radiologiques assez rapides pour ne pas être rapportées à un hasard ou à une coïncidence; mais, sans que j'aie le loisir d'établir une statistique, les tuber-

culeux fibreux ainsi améliorés n'atteignent pas 20 % des cas traités.

c) Si l'on compare deux séries de malades bilatéraux, non collabables, placés dans des conditions analogues, l'une soumise à la chrysothérapie, l'autre pas, la mortalité est plus faible dans la première ou, du moins, *le délai mortel est allongé* : il ne semble pas qu'on puisse faire intervenir un facteur soit viscéral, soit de terrain, soit de conditions de cure.

4° *Comment agit-elle?* — Certainement pas sur l'élément infectieux, mais, semble-t-il, en favorisant le développement de la fibrose, peut-être en modifiant les oxydations.

5° *Conclusions.* — La chrysothérapie n'est qu'une méthode d'appoint chez les tuberculeux qui ne peuvent être collabés. Il serait excessif, malgré ses échecs et ses accidents, de la renier. En dehors des tuberculoses pulmonaires fibreuses et fibro-ulcéreuses, lentement évolutives, il est difficile d'en poser les indications qui méritent d'être étudiées et critiquées plus sur le terrain biologique d'évolution que sur le plan anatomique.

PROFESSEUR E. LEURET :

Plus que jamais, j'estime que, depuis trente ans que je fais de la phtisiologie, rien de comparable n'a été mis entre nos mains.

Malheureusement, combien sont peu nombreux ceux qui ont vraiment essayé de tirer de la méthode ce qu'elle a de bon, et d'en éliminer ce qui est dangereux !!!

PROFESSEUR CH. MATTEI :

Les sels d'or méritent une place dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, et ne doivent pas être relégués à l'arrière-plan.

Il m'est apparu, après dix ans de pratique de la chrysothérapie, chez des malades de ville souvent privés des possibilités de cure sanatoriale, qu'on obtenait, chez certains d'entre eux, par les sels d'or, un nettoyage radiologique rapide des lésions pulmonaires. La cure sanatoriale donne quelquefois des résultats semblables, mais plus lentement et d'une manière plus incertaine. Nos malades de villes, parfois cavitaires récents, ont donc tiré de la médication un bénéfice réel.

Comme nous manquons souvent de moyens, je ne crois pas qu'on puisse rejeter de propos délibéré une méthode utile.

Nos doses d'emploi furent toujours prudentes et progressives, sans dépasser 0 gr. 50 par semaine, en deux piqûres, et 4 grammes en une série, après laquelle six semaines au moins de repos m'ont paru nécessaires. Minimum : un an de traitement.

L'interruption précoce est souvent suivie de reprises violentes et mortelles de bacillose caséuse pneumonique ou broncho-pneumonique.

Le choix des malades limite grandement l'emploi du remède. Encore que, bien souvent, le succès soit celui de « la pêche à la ligne », les formes les plus favorables nous ont paru être les broncho-alvéolites récentes même étendues ou excavées, ou certaines

poussées évolutives de même ordre, lorsque la fièvre n'est pas trop élevée, et toujours chez l'adulte.

Ces notes pratiques sont objectivement rapportées après l'étude de 200 tuberculeux chez lesquels furent pratiqués des essais chrysothérapiques surveillés.

PROFESSEUR OLMER :

Le moment est, en effet, venu, avec le recul du temps, de préciser la valeur de la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire.

Je n'hésite pas à dire que cette méthode a été nuisible, car elle a, pendant un long temps, détourné les médecins praticiens des seuls traitements vraiment efficaces : l'éloignement de la ville et du milieu familial et la collapsothérapie.

Est-ce à dire qu'elle ne compte pas de succès à son actif? Comme bien des auteurs, j'ai observé parfois des améliorations dans des conditions où il est impossible de ne pas admettre l'influence des sels d'or. Mais ce sont des cas relativement rares.

En résumé, toutes les fois que l'indication est posée, il ne faut pas différer le pneumothorax, avec la pensée que la chrysothérapie pourra donner un résultat, car l'action de ce traitement est incertaine, ne peut être prévue *a priori* et, de plus, elle n'est que trop souvent de courte durée.

PROFESSEUR VAUCHER :

Depuis cinq ou six ans, j'ai à peu près totalement abandonné la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

J'utilise encore quelquefois les sels d'or chez des malades ayant une infection très évolutive, bilatérale, et chez lesquels la collapsothérapie est impossible.

J'utilise également quelquefois les sels d'or en injections intra-pleurales, suivant la méthode préconisée par Léon Kindberg.

Mon opinion est que, dans la majorité des cas, les malades qui ont été traités par les sels d'or et qui arrivent dans mon service, ont perdu un temps précieux, qui aurait pu être utilisé d'une autre manière.

DOCTEUR COURCOUX :

Les sels d'or ne méritent ni la trop grande faveur dont ils ont joui il y a quelques années, ni le discrédit total qui risque actuellement de les frapper.

Ils peuvent, à mon avis, être employés dans des cas un peu spéciaux, qui restent, en réalité, assez rares, que je pourrais classer schématiquement en deux catégories :

1° Les tuberculoses d'allure fibreuse, assez étendues et souvent bilatérales, donnant l'impression de lésions locales avec un état général relativement satisfaisant et un terrain présentant une certaine résistance organique.

2° Les pneumothorax compliqués de réactions liquidiennes, avec lésions ulcéreuses sous-jacentes. — Cas dans lesquels l'injection intra-pleurale peut parfois amener des résultats fort intéressants.

L'emploi systématique de l'or est une erreur. L'emploi prolongé de l'or est une erreur.

DOCTEUR DUMAREST :

Depuis 1928, où la sanocrysine me fut apportée du Danemark, j'ai, depuis, avec mes collaborateurs, et surtout avec Mollard, employé ce produit largement et sous toutes ses formes.

Nos premières publications reflétaient un optimisme qui s'est, depuis, singulièrement attiédi. C'est qu'en réalité, pendant plusieurs années, nous avons eu, nous et nos malades, l'impression de remarquables succès.

Etait-ce pure illusion ?

Je pense qu'à ce moment, le médicament guérissait parce qu'il était nouveau, porté sur les ailes de la renommée, difficile à se procurer et parce que c'était de l'or. Les facteurs moraux ont, sur l'évolution des maladies chroniques, en bien ou en mal, une influence dont nous ne soupçonnons pas toute la portée.

D'autre part, l'introduction des sels d'or exerce, dans certains cas, une influence dont la nature nous est parfaitement inconnue, mais qui peut être favorable.

C'est pourquoi à l'heure actuelle, bien que notre confiance dans l'efficacité de cette thérapeutique soit fortement diminuée, nous en continuons l'usage. Toutefois, nous ne l'employons qu'à *doses faibles*, chez des *sujets jeunes*, dont l'intégrité organique est, par ailleurs, assurée; de plus, elle n'est appliquée que d'une *façon temporaire*, au cours ou au déclin d'un épisode actif de la maladie et jamais pour des évolutions chroniques, ni chez des malades relativement

stabilisés, dont il importe de maintenir en bon état le système digestif et les émonctoires.

Que le succès de la chrysothérapie ait outrepassé de beaucoup la valeur réelle de cette médication, voilà qui paraît certain. La cause en est, comme toujours, psychologique :

1° Du côté du malade, pour les raisons indiquées plus haut et dont bénéficient, à des degrés inégaux, toutes les médications nouvelles de la tuberculose.

2° Du côté des médecins, et surtout de la grande masse des médecins praticiens, qui, heureux de posséder enfin un remède réputé efficace contre la plus rebelle des maladies, remède applicable à domicile, par le médecin lui-même, et dispensant de recourir à d'autres moyens, en ont à outrance généralisé l'emploi.

Qu'il soit nécessaire de réagir contre de tels abus, cela est indéniable. Que nous soyons en droit, dès maintenant, et sans plus ample informé, de condamner définitivement l'aurothérapie, je ne me croirais pas en droit de l'affirmer.

DOCTEUR AMEUILLE :

J'ai eu de la chance, ou de la malchance, il y a neuf ans, quand j'ai commencé à faire de l'aurothérapie intensive; un gros pourcentage d'améliorations et de guérisons est venu au début couronner mes tentatives.

Plus tard, améliorations et guérisons se sont raréfiées, mais j'ai vu arriver, en série, les accidents graves.

J'en suis arrivé à la conclusion que le médecin qui fait de l'aurothérapie occupe son malade en attendant qu'il guérisse spontanément si la chance le favorise.

Mais, cependant, en plus, même à doses dites prudentes, l'aurothérapie peut entraîner des accidents graves et même mortels. N'ayant plus aucune confiance dans l'aurothérapie de la tuberculose, et connaissant ses risques, je n'en fais plus et la déconseille aux malades.

DOCTEUR ARMAND-DELILLE :

Au début, j'ai eu des illusions sur la méthode des sels d'or.

Mais, maintenant, je crois que les améliorations et guérisons étaient plutôt le résultat de la cure sanatoriale et des soins attentifs. D'autre part, j'ai eu des accidents cutanés et sanguins chez certaines fillettes.

DOCTEUR ETIENNE BERNARD :

Je n'ai pas utilisé largement les sels d'or au moment de leur apogée, mais je ne les abandonne pas complètement au moment de leur discrédit.

Dans quelques observations, rares je dois le dire, j'ai eu l'impression, le terme est peu scientifique, d'avoir agi utilement avec la chrysothérapie. Il ne m'a d'ailleurs pas été possible de dégager, de ces cas, un fil conducteur qui permet de préciser utilement des indications. En somme : un coup de dé, ou peu s'en faut.

Dans un certain nombre de cas, nombreux ceux-là, j'ai eu des échecs.

Malgré cela, je ne pense pas que l'on doive décourager les chercheurs et cette forme de chimiothérapie me semble perfectible.

Néanmoins, et pour aller jusqu'au bout de ma pensée, je crois que, jusqu'ici, les sels d'or ont été plus nuisibles qu'utiles, non pas entre les mains d'hommes éminents, tels que Léon Bernard et ses collaborateurs, qui, on le sait, en étaient si partisans, mais entre les mains de médecins qui, ignorance, faiblesse ou intérêt, ont, par un usage exclusif et prolongé de la chrysothérapie, retardé d'une façon coupable la mise en œuvre de modes de traitements qui, eux, ont fait leurs preuves. Le vrai danger des sels d'or est là. Il est toujours coupable de différer la création d'un pneumothorax thérapeutique lorsqu'il est indiqué. On flatte dangereusement la pusillanimité du patient.

Ceci dit, je prescris encore la chrysothérapie chez des malades qui ne sont passibles d'aucun autre traitement. Je ne renonce pas à une médication qui peut avoir, tout au moins, une action psychologique, mais je l'utilise avec prudence pour que, de toutes façons, son emploi ne fasse courir aucun risque au malade.

DOCTEUR BERNOU :

J'ai toujours été de ceux qui, très vite, ont critiqué la chrysothérapie et ont cherché à en montrer les limites.

Mais si j'ai critiqué l'abus et les méfaits des sels d'or, je ne me sens pas en droit de nier toute efficacité à cette méthode : il est quelques cas, peut-être exceptionnels, où aucun autre procédé, aucun autre médicament ne pouvait produire de modification sérieuse et qui ont pu être suivi d'amélioration après l'emploi des sels d'or; ces cas sont sans doute peu nombreux, généralement, ils sont peu durables, mais si modestes soient-ils, ils méritent peut-être d'être pris en considération quand on sait la pénurie des médications efficaces en phtisiologie. Pour ma part, je ne les emploie qu'à doses faibles et avec infiniment de prudence et je ne me fie jamais trop aux résultats momentanés obtenus, leur préférant de beaucoup l'influence du repos et surtout de la collapsothérapie suivant les formes cliniques.

DOCTEUR BÉTHOUX :

1° On a généralisé trop rapidement la chrysothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire. On a fait des sels d'or indistinctement à tous les malades : malades d'âge divers, malades atteints des formes les plus variées de tuberculose pulmonaire.

Ce manque d'indications précises, joint à la grande diffusion de la méthode, ont provoqué des désastres.

2° Il en est résulté une réaction inverse et également excessive, on a condamné presque systématiquement la chrysothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire.

3° La vérité est peut-être entre les deux.

Certainement, la chrysothérapie n'est pas une thérapeutique curative, elle ne peut être qu'*un traitement adjuvant*, mais qui peut rendre quelques services.

Il faut la réserver, seule ou associée à d'autres thérapeutiques (pneumothorax en particulier), pour des sujets jeunes, sans tares hépatique, rénale ou intestinale, présentant des formes de début peu extensives. Il faut faire des doses faibles et ne jamais dépasser par série 3 à 4 grammes, laisser entre chaque série 5 à 6 mois de repos et ne pas faire plus de 3 ou 4 séries. Enfin, combiner la thiothérapie (l'hypo-sulfite de Na ou de Mg) à la chrysothérapie, en surveillant de très près la peau, l'intestin, le foie et les reins du sujet.

DOCTEUR BONAFÉ :

Il n'est pas possible de nier l'action des sels d'or sur la tuberculose.

Quand on a vu, comme moi, disparaître des lupus ou des tuberculoses pharyngées, en quelques jours, sous leur action, on ne peut discuter leur efficacité.

Dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, les effets sont moins visibles, mais ils sont, à mon avis, indiscutables. Ils peuvent être nuls, ils peuvent être nuisibles, mais, dans certains cas, ils sont évidemment favorables. Je ne crois pas que les sels d'or aient jamais guéri une tuberculose pulmonaire, mais on peut leur attribuer de substantielles améliorations (fièvre, expectoration).

On doit donc se servir des sels d'or avec prudence, mais on ne peut les mépriser.

DOCTEUR P. BOURGEOIS :

Mon opinion actuelle est, à peu près, la suivante : Je crois que les sels d'or méritent de garder une place parmi les médications de deuxième ordre de la tuberculose pulmonaire. Je les placerai, si vous le voulez, à côté du calcium, de la choline et des vitamines, et je leur ferai moins de place qu'aux diverses tuberculino-thérapies (antigène méthylique par exemple). Cela ne veut pas dire que je sois adversaire des sels d'or. Il m'arrive, au contraire, de les employer, aussi bien dans mon service qu'en clientèle particulière. Je les réserve exclusivement à des sujets jeunes, ne présentant aucune tare viscérale d'aucune sorte. Je les emploie toujours par voie intra-musculaire, en utilisant des doses modérées, mais volontiers assez rapprochées (par exemple : 10 cg. d'allochrysine tous les 3 ou 4 jours). J'arrive, par ce procédé, à faire des séries de moyenne importance : 3 à 6 grammes en un temps relativement court. Au moindre incident, j'arrête le traitement pour ne jamais le reprendre. Je n'utilise jamais cette méthode chez des tuberculeux très évolutifs avec mauvais état général.

Par contre, je crois qu'elle est indiquée plus particulièrement :

a) Chez des tuberculeux jeunes, bi-latéraux, moyennement évolutifs, chez qui toute collapsothérapie est impossible.

b) Chez des tuberculeux également jeunes, traités par pneumothorax, en cas de bi-latéralisation discrète du type infiltrat, pour lesquels on hésite à faire immédiatement un pneumothorax bi-latéral.

Naturellement, ainsi que je l'ai maintes fois répété, les espérances très relatives que peut laisser la chrysothérapie, ne suffisent jamais à faire retarder, serait-ce d'un seul jour, la création d'un pneumothorax, et, à plus forte raison, l'envoi d'un malade en sanatorium.

DOCTEUR BRETTE :

J'ai fait beaucoup de sels d'or sous forme de crisalbine intra-veineuse et toujours à *faibles doses*, sans dépasser 0 gr. 25 par semaine, et une dose totale de 3 à 4 grammes.

J'ai eu des accidents ennuyeux : éruptions, suppurations d'adénites, et parfois graves : albuminurie sévère et persistante.

Actuellement, je ne fais plus de chrysothérapie.

Je crois que beaucoup des améliorations mises sur le compte des sels d'or ont été des améliorations spontanées sous l'influence du repos et de l'aération. Le nettoyage radiologique à la suite du traitement m'a paru exceptionnel.

DOCTEUR E. BRISSAUD :

J'ai peu pratiqué l'aurothérapie. Je n'ai pas cherché à me faire une religion, car les accidents que nous avons constatés à Laënnec, à l'époque du premier engouement, nous avaient arrêté net.

Je n'ai jamais rien trouvé dans les observations de phtisiologues convaincus qui put passer pour démonstratif.

DOCTEUR BURNAND :

Je n'ai jamais été un partisan bien chaleureux de l'aurothérapie. J'ai parlé de l'aurothérapie à objectif limité. Mais les objectifs se limitent de plus en plus.

Je l'essaie encore de temps à autre, faute de mieux. J'avoue que, depuis bien longtemps, je n'ai pas obtenu d'effets bien marqués et bien remarquables.

Je fais cependant en sa faveur deux exceptions :

— D'une part, dans les fièvres tuberculeuses : les accès périodiques à type palustre, à espacement régulier.

— D'autre part, en injections dans la plèvre, comme irritant pleural, selon la méthode de Léon Kindberg.

DOCTEUR CARDIS :

Mon impression sur les sels d'or est évidemment très médiocre et je n'emploie cette thérapeutique qu'à titre d'adjuvant, c'est-à-dire comme accessoire à la cure sanatoriale et à la collapsothérapie, dans les cas où cette collapsothérapie au cours de la cure sanatoriale reste inefficace. Je fais, d'autre part, des tentatives qui ne sont jamais très prolongées, car je m'en tiens toujours au critère que j'ai naguère étudié avec le Docteur Bourguignon. L'expérience que j'ai faite depuis m'a montré, en effet, que des

injections d'or restées inopérantes après 6 ou 8 injections, n'avaient aucune chance de le devenir ultérieurement.

Vous voyez que mon opinion est donc claire. Les sels d'or sont un très petit moyen pour lutter contre la tuberculose. Je crois cependant qu'il serait exagéré de dire qu'ils n'ont aucune espèce d'efficacité dans aucun cas ; leur rôle, dans la lutte anti-tuberculeuse, est très médiocre.

DOCTEUR J. CHABAUD :

Chaque fois qu'une collapsothérapie peut être instituée, dans une forme unilatéralement active ou évolutive de tuberculose pulmonaire non abortive, elle doit l'être. Si, au cours d'une collapsothérapie, survient une bilatéralisation, je la traite, tout au moins pendant quelques semaines, par la chrysothérapie et beaucoup de symétrisations disparaissent ainsi. S'il s'agit de forme auro-résistante, je crée alors une collapsothérapie bilatérale simultanée.

Au cas où aucune méthode médico-chirurgicale n'est réalisable, quels sont les moyens que nous avons à notre disposition ?

Les sels d'or. Ceux-ci ne constituent pas une panacée. La moitié environ des formes de tuberculose n'en tire aucun bénéfice, l'autre moitié peut, au contraire, être grandement améliorée et même guérie par la chrysothérapie. J'ai, dans mes dossiers, de très nombreux exemples de tuberculose pulmonaire évolutive grave, avec des excavations même lobaires, qui ont guéri en deux mois et demi ou trois mois par les sels

d'or. J'ai même publié, à la Société de la Tuberculose, un cas d'effacement pulmonaire d'images micro-nodulaires granuliques chez une malade qui devait, d'ailleurs, succomber un mois après la fin de la chrysothérapie, de méningite tuberculeuse.

Pour ce qui est doses, celles que j'emploie, et après tâtonnements et progression *rapide*, sont les doses maxima compatibles avec une tolérance parfaite. Il ne convient pas d'être partisan ou ennemi des petites ou des grosses doses, il sied d'employer celles qui, chez le malade, donnent des résultats.

DOCTEUR CORDEY :

Sans pouvoir nier d'une façon formelle cette efficacité, je la considère maintenant comme bien réduite et, presque inconsciemment, je prescris les sels d'or de moins en moins.

Je n'y ai pas complètement renoncé en raison des faibles moyens chimiothérapiques dont nous disposons, mais il est bien évident que les traitements collapsothérapiques ont seuls fait leurs preuves. Cependant, quand ceux-ci sont irréalisables, est-on en droit de ne pas faire bénéficier un malade d'un espoir si minime soit-il?

Vous voyez ainsi la place que je réserve à l'aurothérapie, sans y renoncer absolument, je la relègue en effet à l'arrière-plan, tout comme la calcithérapie d'ailleurs, qui a, cependant, pour elle, l'avantage de son inocuité certaine.

Je crois que vous avez raison de faire une thèse

sur les sels d'or, surtout dans le sens où vous allez la faire.

Dans le laboratoire du Docteur Calmette, après le premier livre de Mollgaard, nous avons constaté que la base expérimentale de la chrysothérapie était inexistante. Tous les résultats expérimentaux publiés dans le livre de Mollgaard sont faux, c'est la raison pour laquelle je ne suis venu à la chrysothérapie que très timidement.

DOCTEUR COULAUD :

Je me suis borné à pratiquer des injections de sels d'or, allochrysine à 10 cgrs, chez les malades non justiciables de collapsothérapie. D'une façon générale, les résultats sont peu nets; cependant, plusieurs observations m'ont donné l'impression que, dans certains cas exceptionnels, et sans que nous puissions en rien le prévoir, on peut obtenir des résultats qui semblent nettement dus aux sels d'or.

Comme, en dehors de la collapsothérapie qui n'est pas réalisable dans tous les cas, hélas ! notre arsenal thérapeutique est très pauvre, je continue à pratiquer des injections de sels d'or.

Comme le Docteur Rossel de Leysin, je crois qu'on obtient, avec des petites doses, les mêmes succès qu'avec les grandes. On évite ainsi les accidents, ce qui ne me paraît pas négligeable.

DOCTEUR DAVY.

La vogue des sels d'or a été due au fait que beaucoup de médecins non spécialisés et qui sont bien

obligés de s'en remettre aux différents écrits qui paraissent dans les journaux, et ceci sous des signatures parfois autorisées, ont été heureux, dans l'intérêt même des malades, de posséder enfin un traitement presque spécifique de la tuberculose qu'ils pouvaient appliquer eux-mêmes. Il n'y avait pas besoin de connaissances spéciales comme pour le pneumothorax; il n'était pas nécessaire de faire déplacer les malades loin de chez eux et de leur imposer des frais de cure.

Pour ma part, j'ai essayé de toutes les indications et de tous les dosages. Je n'ai jamais pu constater, de façon évidente, de résultats certains et durables, ni d'indications vraiment précises. Ce que j'ai vu, ce sont quelques complications qu'heureusement nous avons pu arrêter à temps, mais nous avons eu parfois de la chance.

Ce qui n'a pas été sans nous frapper non plus c'est le fait suivant : certains, et des plus illustres parmi les protagonistes des sels d'or, n'ont publié les inconvénients ou les accidents de ce traitement qu'au moment où ils en ont abandonné la pratique. Avant, on préférait les passer sous silence.

Il nous faut dire néanmoins que ce produit qui déchaîne la réaction de foyer est un produit qui peut être utile et il y aurait peut-être intérêt à réexaminer l'ensemble de la question, non pas que je pense que les sels d'or représentent une panacée universelle, mais ne fussent-ils utiles que dans certains cas, ils joueraient un rôle non négligeable.

Ils ont eu ceci de néfaste, c'est qu'ils ont empêché

un grand nombre de malades de bénéficier à temps de traitements qui eussent pu les sauver, mais ce n'est évidemment pas la faute des sels d'or.

DOCTEUR DOUADY.

Sur 414 malades sortis au 31 décembre 1937, sept seulement avaient eu des sels d'or avant l'entrée. Dans cinq cas ils ont été complètement inefficaces. Cette faible proportion de sels d'or tient à ce que le Sanatorium reçoit des tuberculoses récentes ou même dépistées par les examens de médecine préventive faits dans les Universités.

D'autre part, sur le même nombre, sept ont eu de l'or pendant le séjour au sana. Dans un seul cas l'effet a été vraiment frappant. Il a été immédiat mais non durable.

Il s'agissait d'une image cavitaire de la base, traitée par un PNo total qui, malgré cela, n'a cessé de grandir. Un nouvel essai d'or a été suivi d'une disparition immédiate de l'expectoration et de la caverne.

Dans deux cas, une amélioration a coïncidé avec le traitement dont une image nodulaire diffuse, dont le nettoyage a été complet et durable.

Sur ce faible nombre, il faut noter deux érythrodermies assez bénignes, dont une de sensibilisation, car survenue après une injection unique de 0 gr. 25.

Actuellement on ne fait plus d'or, étant donné qu'on a des indications collapsothérapiques puisque les lésions sont récentes la plupart du temps. Les sels d'or ne se maintiennent plus en raison de la collap-

sothérapie bilatérale et de la collapsothérapie chirurgicale.

DOCTEUR FERRET.

J'ai naturellement, comme tous les phtisiologues, pratiqué les injections intraveineuses de crisalbine. Malheureusement je n'ai jamais obtenu de résultats probants. Quelques malades ont paru s'améliorer; ils présentaient tous des lésions abortives qui auraient évolué favorablement sous l'influence de la cure simple. En 1933 j'ai essayé de revoir toutes mes observations pour faire le point, et je me suis aperçu que ce qu'on pouvait demander de mieux aux sels d'or, c'est de ne pas être la cause d'accidents. En 1934 et en 1935, au Sanatorium du Rhône, nous avons encore pratiqué quelques injections de sels d'or sans résultat et, depuis deux ans, nous avons abandonné cette thérapeutique. J'estime qu'elle est cause de beaucoup d'échecs de cure de tuberculose. Trop souvent, en effet, on retarde l'entrée en sanatorium des malades; on néglige d'instituer un pneumothorax sous prétexte de tenter une cure par des sels d'or. En résumé, la thérapeutique par sels d'or doit être, à mon sens, abandonnée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

DOCTEUR FOIX.

Je partage bien votre sentiment, à savoir que la chrysothérapie ne saurait avoir qu'une place très réduite dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

C'est d'ailleurs une idée que nous avons déjà développée à la VIII^e Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose en intervenant au cours de la discussion qui a suivi le rapport sur la chrysothérapie.

« En résumé, disions-nous, sur 264 malades traités
« par les sels d'or, nous obtenons un pourcentage de :

« 47,7 résultats négatifs,

« 15,2 — douteux,

« 37,1 — positifs,

« dont 30 % sont dus à l'Association Chryso-Collapso-
« thérapeutique...

« C'est là peut-être une des meilleures indications
« de la chrysothérapie qui, en aucun cas, ne doit em-
« piéter sur le domaine de la collapsothérapie dont
« les indications restent intactes et, dans certains cas,
« impérieuses. En particulier, l'aurothérapie ne sau-
« rait en aucune façon remplacer la collapsothérapie
« dans les cas où les indications en sont correctement
« posées. »

Depuis cette époque, notre opinion n'a fait que se confirmer, et en consultant nos archives nous constatons que le nombre de nos malades traités par les sels d'or diminue régulièrement depuis 1933.

DOCTEUR GENEVRIER :

L'évolution naturelle de la tuberculose, en l'absence de toute thérapeutique médicamenteuse, se fait dans des sens si variables et souvent si surprenants qu'il est difficile, sinon impossible, de déterminer le rôle d'une médication quand elle a été instituée.

Je n'ai pas vu, en dehors des accidents, des résultats capables d'entraîner la conviction.

Les sels d'or, avec le recul du temps, méritent d'être relégués dans « l'armoire aux défroques », car ils sont plus nuisibles qu'utiles.

DOCTEUR GERNEZ :

J'ai, comme la plupart des phtisiologistes, employé largement la chrysothérapie il y a quelques années. J'ai eu, comme beaucoup, des accidents sérieux de tous ordres. Les accidents hépatorénaux, digestifs et nerveux m'ont fait réduire, dans une proportion considérable, les indications de la chrysothérapie. J'avais, en effet, acquis l'impression que ce traitement était beaucoup plus souvent nuisible à mes malades qu'utile.

Actuellement je n'emploie plus l'aurothérapie que chez des sujets atteints de tuberculose incurable par la collapsothérapie médicale ou chirurgicale et ne présentant aucune contre-indication viscérale à la chimiothérapie.

C'est dire que je n'attribue à cette thérapeutique qu'une place de deuxième plan.

Il me serait difficile de rapporter des observations, j'estime que l'un des plus grands griefs que l'on puisse avoir contre l'aurothérapie, c'est de laisser aux médecins l'illusion que ce traitement peut, à lui seul, guérir la tuberculose pulmonaire et, par suite, les inciter à perdre un temps précieux avant de recourir aux méthodes collapsothérapiques qui ont fait leurs preuves.

DOCTEUR LOUIS GUINARD :

Nous avons employé les sels d'or dans nos sanatoriums pendant près de sept ans, cédant aux demandes des malades qui entendaient parler de tous côtés des merveilleux résultats que l'on attribuait à cette thérapeutique. Il était très difficile de remonter le courant et, d'ailleurs, on discutait encore beaucoup sur la valeur de la méthode.

Notre expérimentation s'est faite par conséquent assez longuement et dans des conditions telles que notre opinion a pu solidement s'établir et que, finalement, nous avons renoncé complètement à l'emploi de l'or chez nos malades. Par conséquent, en ce qui nous concerne, je n'accorde aucune place à l'aurothérapie dans la thérapeutique pulmonaire; je considère même que son emploi est dangereux, car les accidents que nous avons observés, et qui ont, d'ailleurs, été signalés par d'autres auteurs, surtout lorsqu'on a voulu employer des doses élevées, sont suffisants pour justifier l'abstention.

Certains accidents ont des suites éloignées et j'en ai encore d'assez nombreux exemples, chez des malades qui nous arrivent des rares services où l'on persiste à en user.

DOCTEUR U. GUINARD :

Du point de vue général je rayerais volontiers d'un trait de plume les sels d'or de l'arsenal antituberculeux... si c'était chose désormais possible.

DOCTEUR JAQUEROD :

Les essais de traitement de la tuberculose par les sels d'or ont démontré de la manière la plus nette ce que l'on disait depuis longtemps de la médication antiseptique dans cette maladie.

Si l'on découvre un médicament capable de détruire le bacille de Koch dans l'organisme, ce médicament détruira en même temps les cellules de différents organes avec lesquels il entrera en contact.

En résumé, la chrysothérapie à dose curative pour le bacille est meurtrière pour l'organisme, et à dose supportable pour l'organisme elle est sans effet sur le bacille. Ce traitement doit être abandonné.

DOCTEUR W. JULLIEN :

Je demeure un ferme partisan de l'emploi des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. A coup sûr, il ne s'agit pas d'une médication spécifique, mais qu'importe, puisqu'elle donne parfois de véritables résurrections là où toutes les autres thérapeutiques ont échoué. En aucun cas elle ne doit être préférée à un pneumothorax qui s'impose, mais elle peut utilement compléter son action, aider au nettoyage du poumon symétrique ou juguler une bilatéralisation qui débute. C'est un précieux adjuvant de toutes les paralysies artificielles du diaphragme, et souvent l'ultime ressource, lorsque la collapsothérapie n'est pas réalisable.

Le discrédit qui s'étend de plus en plus sur la mé-

thode, après une vogue sans doute excessive, tient avant tout au fait qu'elle a été appliquée à tort et à travers, de façon défectueuse et par n'importe qui.

L'emploi des sels d'or impose avant tout un diagnostic précis, une documentation radiologique irréfutable, la possibilité par le malade d'observer pendant le temps voulu une cure de repos stricte, une administration bien réglée, une surveillance stricte et de nombreux examens. Sans ces conditions indispensables, mieux vaut renoncer au traitement.

En observant toutes ces précautions, en examinant le malade régulièrement, prêt à s'arrêter à la moindre alerte, on est à l'abri d'accidents sérieux, et s'il arrive parfois de noter des incidents insignifiants, il est possible en général de mener à bien le traitement. Celui-ci, on le conçoit, n'est pas à la portée de tous; non point que les injections elles-mêmes soient difficiles à pratiquer, mais elles demandent une surveillance serrée, la confrontation de documents radiologiques et stéthacoustiques qui restent strictement du ressort d'un phtisiologue.

DOCTEUR LELONG :

Je tiens à vous résumer ici mon opinion qui, je m'empresse de vous le dire, n'est pas une condamnation absolue de la chrysothérapie, mais tendrait à réduire l'importance de son emploi.

Je crois, en effet, que cette thérapeutique est utile dans certaines formes jeunes, récentes et relativement

peu étendues, bilatérales et ne permettant pas le recours immédiat à la collapsothérapie.

Dans de telles formes, nous assistons, sous l'action de la chrysothérapie, assez souvent à une régression lésionnelle, à condition de diluer les sels d'or employés dans une solution de glycolate de calcium. Nous avons pu constater, effectivement, que l'adjonction d'un acide aminé, tel que le glycolle, permet une meilleure tolérance de la chrysothérapie.

D'ailleurs, dans les accidents d'aurothérapie, nous avons été heureux de constater l'action favorable du glycolle, en solution à 4 %, employé en injections intraveineuses très répétées.

D'autre part, nous avons également utilisé, mais sur une échelle plus réduite, la chrysothérapie sous forme de solution huileuse, dans certaines lésions bilatérales, traînantes, rebelles à tout autre traitement, tel que la tuberculinothérapie, et nous avons pu compter un certain nombre de succès.

Nous croyons qu'il ne faut jamais, cependant, mettre en balance la décision d'un pneumothorax précoce avec un recours à la chrysothérapie. En effet, on a concédé à celle-ci une beaucoup trop large place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, allant même jusqu'à utiliser les doses totales de sels d'or atteignant 30 à 35 grammes, au point que certains médecins avaient cru pouvoir considérer comme bénigne cette fameuse « chrysocyanose » que présentent encore d'anciens malades.

Pour conclure : sur presque 4.000 malades traités

depuis 1933 aux Sanatoriums de la Seine, un peu plus de 10 %, 412 environ, ont été traités par les sels d'or. Sur 412 malades : 60 % d'entre eux ont bénéficié de la chrysothérapie; ils présentaient des formes jeunes, récentes, peu étendues, bilatérales, ne permettant pas de recours à la collapsothérapie; 20 % ont été traités par la chrysothérapie pour tendance à la bilatéralisation au cours d'un traitement par pneumothorax et 20 % présentaient des formes torpides, anciennes, non évolutives, et n'ayant pu retirer un bénéfice réel de toute autre thérapeutique. Dans ces derniers cas, le parenchyme rénal et hépatique ne semblait pas altéré.

Lors des décisions de recours à la chrysothérapie, qu'il s'agisse de formes jeunes ou de formes anciennes, l'examen de la vitesse de sédimentation nous est d'un grand secours : nous avons l'habitude, en effet, de ne pas recourir à la chrysothérapie chez des malades présentant des vitesses de sédimentation très accélérées.

J'ajoute que nous utilisons encore les sels d'or en injections intrapleurales pour provoquer une réaction pleurale bénéfique, bienfaisante, dans les cas de ces lésions atones, irrétractiles, sur lesquelles le pneumothorax thérapeutique, même complet, ne peut avoir d'efficacité.

DOCTEUR LAFOSSE.

Comme tout le monde, j'ai usé des sels d'or. Je n'ai trouvé en eux qu'une action adjuvante, mais tout de même une action nette.

Par exemple, chez un tuberculeux traité par un PNo qui fait une poussée du côté opposé, on évite parfois un PNo de ce côté.

Surtout, j'ai observé une action très favorable en injections intrapleurales.

Mais pour rien au monde je ne compterai uniquement sur cette thérapeutique pour traiter un malade.

DOCTEUR M. LÉON KINDBERG :

Je ne suis pas des adversaires des sels d'or et je crois tout de même qu'ils ne sont pas tout à fait inopérants.

En faveur des sels d'or je retiens une satisfaction plus grande des phrénicectomies depuis que je leur associe les sels d'or, et l'arrêt de certaines bilatéralisations.

Il ne saurait être question de succès dès qu'il s'agit de lésions graves, ulcéreuses.

Tout ceci n'a rien à voir avec la chrysothérapie intrapleurale, méthode couronnée de succès.

Mais l'introduction des sels d'or a été néfaste, en donnant une fausse confiance au malade, et au médecin l'illusion qu'il avait en main une véritable thérapeutique et donc en retardant sans mesure l'heure de la collapsothérapie. Donc thérapeutique d'appoint.

DOCTEUR P. PAVIE :

Dans notre pratique thérapeutique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, nous donnons évidemment le pas, et très précocement, aux méthodes collaps-

thérapeutiques médicales ou chirurgicales qui visent à réaliser l'exclusion rapide des lésions.

La chrysothérapie est rejetée de toutes façons à l'arrière-plan de ces méthodes, car elle risque surtout d'apporter un retard déplorable aux seules décisions actuellement valables.

L'application des sels d'or, très restreinte, ne concerne donc plus d'une part que des contre-indications, impossibilités, échecs complets ou relatifs de la col-lapsothérapie, qui ne connaissent par la cure simple qu'une stabilisation imparfaite. Dans cet ordre d'idées, et chez les vieux ulcéro-fibreux notamment, il est d'ailleurs vrai de dire que les sels d'or présentent quelque intérêt par la correction qu'ils apportent souvent à certains symptômes tels qu'une expectoration abondante et des irrégularités thermiques : ces améliorations, bien que passagères, et rarement suivies de résultats radiologiques éloignés valables, méritent cependant d'être retenues, car elles ne sont pas négligeables pour le bien-être des malades. Il n'en reste pas moins que ce n'est plus là pour la chrysothérapie qu'un rôle effacé où l'on ne retrouve plus les éléments essentiels de sa grandeur passée.

DOCTEUR POIX :

A l'heure actuelle, j'estime que la chrysothérapie, même si l'on admet qu'elle peut avoir une certaine efficacité dans des cas à la vérité très restreints, à une influence nettement défavorable dans la lutte antituberculeuse. Son utilisation détermine, dans un nombre de cas assez considérable, des accidents cutané-

muqueux, rénaux, intestinaux et sanguins qui peuvent être graves soit immédiatement, soit tardivement. D'autre part, nous avons constaté que depuis l'utilisation de cette médication, les malades se présentaient à l'examen du phtisiologue beaucoup plus tardivement qu'autrefois, surtout depuis la mise en vigueur des lois d'Assurances Sociales, les tuberculeux étant soumis au traitement par les sels d'or pendant les six mois où ils bénéficient des prestations d'assurance-maladie et ne pouvant être soumis à des traitements collapsothérapiques que tardivement.

DOCTEUR ANDRÉ RAUCH :

J'ai vu des résultats intéressants dans les formes congestives, mais je dois avouer que les mêmes formes rétrocédaient aussi vite dans notre station, sans l'adjonction des sels d'or.

J'ai pu constater, au contraire, un certain nombre d'aggravations et surtout le déclenchement d'accidents intestinaux, comme si les sels d'or servaient de catalyseurs pour localisation de tuberculoses intestinales.

D'autre part, et c'est le grand reproche que je peux faire à cette thérapeutique, j'ai reçu de très nombreux malades qui avaient mis, eux et leur médecin, toute leur confiance dans le traitement aurique entrepris, et qui avaient laissé passer l'heure de la thérapeutique efficiente et en particulier l'établissement du pneumothorax.

Je tire de mes observations la conclusion suivante : même si les sels d'or avaient une influence heureuse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, il est

dangereux et néfaste d'en laisser le maniement aux médecins non phthisiologues, le plus grand risque au cours de la tuberculose pulmonaire étant de laisser passer l'heure de la thérapeutique active.

DOCTEUR JACQUES STÉPHANI :

Pour apprécier une action artificielle favorable, il faut qu'elle soit très marquée et surtout et avant tout qu'elle sorte de ce que l'on est habitué à observer habituellement (ce que fait le pneumothorax par exemple).

Or aucun traitement médical quelconque ne nous a jamais montré de choses pareilles et pas plus les sels d'or qu'aucun autre.

J'ai vu des infiltrats se nettoyer complètement en quelques mois de lit ou de repos à l'altitude. J'ai vu le même traitement fermer plusieurs fois des cavernes assez grandes : exemple, une de 48 $\frac{m}{m}$ en quatre mois et plusieurs du même ordre de grandeur dans des temps variant de quatre à huit mois et un an.

Or jamais les sels d'or n'ont rien fait de plus. Et je dirai même que personne ne nous a jamais donné la preuve qu'ils aient pu faire cela.

Personnellement, j'ai fait beaucoup de Sanocrysine pendant un an ou deux à doses infinitésimales à la Walbum, puis ensuite au dosage Permin, soit 5 à 20 cgr., puis ensuite au Solganal.

J'ai eu deux fois des éruptions pustuleuses généralisées et une fois une érythrodermie généralisée qui a mis huit mois à guérir.

Actuellement je ne fais plus de sels d'or depuis deux ou trois ans, me semble-t-il. Les risques sont très grands.

Et finalement comment en est-on arrivé à ce que les sels d'or occupent cette place ? Je crois simplement parce que la plupart de ceux qui les emploient ne connaissent qu'imparfaitement l'évolution naturelle, et faute d'avoir *observé les malades sans les traiter...* attribuent les phénomènes spontanés de la nature à leur intervention.

DOCTEUR F. TOBÉ :

1° Je ne suis plus « partisan » des sels d'or. Je les ai expérimentés comme nous tous, et je les ai abandonnés comme la plupart d'entre nous pour les raisons suivantes :

Je n'ai jamais constaté une action favorable certaine des sels d'or dans les cas où il m'aurait semblé déraisonnable d'attendre une amélioration spontanée. En dehors des poussées d'alvéolite qui sont si fréquemment régressives, et même spontanément curables, combien de lésions complexes et gravement ulcérées voyons-nous s'améliorer et même guérir sans faire intervenir aucun autre traitement que la simple cure hygiénique. Et encore nos conseils sont-ils parfois assez mal suivis. Il y a des tuberculoses qui guérissent, quoi qu'on fasse. Et il suffit de parcourir les images du travail de Jacqueroed pour voir de quels désordres peuvent venir à bout, en cure sanatoriale, les processus naturels de guérison.

Je n'ai jamais eu l'impression que les sels d'or aient pu retarder ou enrayer une nouvelle poussée évolutive.

2° Ces impressions, que j'ai retirées d'une assez longue expérience personnelle, m'ont fait renoncer aux sels d'or. Je ne leur fais plus, pour ma part, aucune place dans la thérapeutique pulmonaire. S'il m'arrive encore d'en prescrire, exceptionnellement, c'est dans un but uniquement psychothérapique, et ce n'est pas sans précautions...

3° Je pense, en somme, que les sels d'or, du moins dans leur forme actuelle, ne sont d'aucune utilité. J'ai constaté, par contre, comme nous tous d'ailleurs, qu'ils peuvent déterminer, chez certains malades, même employés à faibles doses, des accidents parfois très graves. J'estime donc que nous avons tout avantage à nous en passer.

En outre, aux risques d'un traitement toujours inutile et parfois nuisible, s'ajoute à mon sens un autre danger : celui de retarder la mise en œuvre d'un traitement plus efficace.

DOCTEUR CHARLES TROCMÉ :

Il est difficile de prouver positivement l'inefficacité d'un médicament. Je puis dire seulement que je n'ai jamais trouvé convaincantes les preuves d'efficacité des sels d'or qui m'ont été quelquefois proposées.

Le danger des complications n'est pas énorme. Certaines, relativement fréquentes (stomatites lichénoïdes, pigmentation aurique) sont extrêmement bé-

nignes. D'autres, plus graves, sont tout à fait exceptionnelles (j'ai observé une anémie bien tenace et un purpura bien grave, mais je crois qu'on avait un peu forcé la dose).

Quant à l'efficacité des sels d'or dans la tuberculose, elle me paraît être exactement celle de la temporisation pure et simple.

L'enthousiasme, évidemment sincère, d'un assez grand nombre d'auteurs sérieux, pour la chrysothérapie, nous a, pendant un temps, incliné à une certaine modération dans notre scepticisme, voire même invité au préjugé favorable. Cet optimisme et cette complaisance ne me paraissent plus aujourd'hui défendables. Une autre attitude consiste à dire : les sels d'or n'ont que des indications limitées et très spéciales. Cette attitude ne me paraît pas davantage justifiée, car il n'y a pas le moindre cas, spécial ou non spécial, où l'efficacité des sels d'or doive être tenue pour probable. Aujourd'hui, les sels d'or ne sont plus qu'une thérapeutique de complaisance.

DOCTEUR VINCENTI :

Pour nous, dans la tuberculose pulmonaire, les sels d'or paraissent n'avoir une action thérapeutique que sur les poussées subaiguës localisées, sans grands phénomènes d'intoxication, chez un malade qui se défend bien. C'est dire qu'ils sont totalement inactifs chez les tuberculeux fibreux ou caséux : ils paraissent n'agir que sur une poussée congestive récente.

Pratiquement nous les employons :

— Au début des bilatéralisations en cours de pneumothorax artificiel;

— Chez les malades torpides lorsqu'ils font une poussée aiguë et qu'il y a intérêt à en modifier la marche sans chercher une action directe sur les autres lésions;

— Enfin chez les malades qui commencent une lésion pulmonaire bilatérale, si la réaction parenchymateuse n'est pas étendue et si l'état général est bon.

Nous considérons comme lamentable et très dangereuse la façon dont s'est répandue la méthode aurique. Comme la Tuberculine, plus qu'elle (car les indications de cette dernière sont nettement plus nombreuses que celles des sels d'or), ils nous semblent réservés à des cas précis et rares en dehors desquels leur emploi ainsi généralisé doit amener et amène effectivement de graves ennuis.

CHAPITRE III

LES ACCIDENTS DE LA CHRYSOTHERAPIE

Depuis 1645, où Pierre de la Poterie eut des accidents graves consécutifs à l'emploi de l'association de l'or et du mercure, la liste de ses méfaits qui s'était close avec leur discrédit s'allongea avec leur réapparition en 1924.

Et si Mollgaard et les Danois avaient lancé la Sano-crysine, ils ne furent pas les derniers à jeter le cri d'alarme que leur arrachèrent les résultats des fortes doses employées au début.

Tous les médecins phthisiologues ou dermatologues ont rapporté des cas variés et nombreux, qui peuvent suffire à éclairer les partisans les plus convaincus de la chrysothérapie.

D'ailleurs, si ce sont là accidents imputables à l'or lui-même, il est une catégorie d'autres accidents qui sont liés indirectement à son emploi et dont nous traiterons ultérieurement.

Les statistiques, fidèles aux partisans qui y voient de nombreux succès, comme aux détracteurs qui élèvent au rang d'accidents des incidents de peu d'importance, donnent des pourcentages variés :

Léon Bernard	40 %	d'accidents
Cordier et Gaillard . . .	30 %	—
Dumarest et Mollard . .	60 %	—
Ameuille et Klotz	60 %	—
Courmont.	41 %	—

Nous en rapportons une nouvelle, celle du Sanatorium Sainte-Eugénie, où nous trouvons : 30 %.

D'ailleurs nous ne voulons pas tabler sur la statistique des accidents pour étayer notre conviction, car s'il est possible de juger une thérapeutique par les accidents qu'elle cause, on peut aussi faire état des cas de guérison qu'elle compte à son actif.

On a mis en cause, dans la genèse des accidents, les doses, les sels employés, les modes d'injection, et il est résulté, de toutes les discussions qu'on a pu ouvrir à ce sujet, que l'effet de tous ces facteurs est bien variable et que les sels d'or se jouent des lois qu'on tente de leur appliquer.

De sorte que quiconque emploie les sels d'or s'expose à des accidents dont la proportion n'est guère atteinte par aucun autre médicament.

On a voulu bien souvent rappeler à ce propos les accidents de la médication arsenicale. Ce rapprochement serait logique si les sels d'or permettaient, dans la tuberculose pulmonaire, d'obtenir les résultats que procurent les arsénobenzènes dans la syphilis. Or si les accidents sont nombreux, les guérisons dues à l'or nous paraissent des plus rares.

A. — Accidents immédiats.

Les véritables accidents immédiats de la chrysothérapie sont rares. Ce sont le plus souvent des incidents qui, à eux seuls, ne pourraient constituer une indication d'arrêt du traitement.

La forme la plus intense de ces accidents immédiats est la crise nitritoïde. Elle peut être impressionnante, amenant une congestion de tous les organes céphaliques, une constriction thoracique intense, suivie d'une phase syncopale.

Le plus souvent il n'y a qu'une phase congestive se manifestant par de la rougeur de la face et des conjonctives avec céphalées qui disparaissent rapidement. Le plus fréquemment, on observe soit un état nauséux, soit une sensation d'angoisse viscérale ou d'obnubilation visuelle.

On a pu voir des phénomènes de choc, rares il est vrai, terminés par un collapsus mortel (Knud Faber, Ellis et Rist).

Il faut remarquer que ces manifestations ne s'observent qu'avec des injections intraveineuses.

B. — Accidents généraux.

La crise nitritoïde exceptionnelle en est le type le plus immédiat et le plus important.

Par ailleurs, on n'observe guère que la fièvre dont les modalités sont très variables, mais dont la valeur

d'arrêt nous semble absolue quand elle se répète avec les injections d'or.

Elle est un des éléments de la grippe aurique où elle s'associe à la courbature et à l'oligurie. Elle peut également accompagner d'autres manifestations pathologiques dues aux sels d'or et dans ce cas passe au deuxième plan.

C. — Accidents cutanés.

Plus fréquents en dermatologie que chez les tuberculeux pulmonaires, ils sont évalués par Sayé à 10 %, par le Professeur P. Courmont à 11,76 % (Thèse de Rivollier), par le Docteur Dufourt à 10 % environ.

Les manifestations en sont très polymorphes.

L'*Erythème* en est la plus banale. On a décrit :

1° des *érythèmes toxiques* précoces qui débutent du premier au troisième jour qui suit l'injection avec réaction générale d'accompagnement. C'est un placard érythémateux qui apparaît à la poitrine ou aux plis de flexion, pouvant rester localisé ou se généraliser secondairement;

2° les *érythèmes biotropiques* comparables à ceux qui ont été étudiés par Milian dans l'Arsénothérapie. Ils apparaissent vers le neuvième jour. L'éruption persiste de douze à quatorze heures en moyenne, et tout rentre dans l'ordre;

3° après ces deux variétés, il existe les *érythèmes toxiques anaphylactiques* qui comportent tous les degrés depuis le prurit, l'eczéma banal, l'urticaire, jusqu'à l'érythrodermie grave.

Le prurit peut être un symptôme isolé ou bien être au début d'une de ces modalités d'éruption.

Quand il y a de l'urticaire, celui-ci est fugace, localisé au cou ou au poignet. Mais si on poursuit le traitement on peut avoir des accidents eczématiformes avec toutes leurs variétés, étudiées par Gaté et Barral, Lebeuf et Mollard, Dumarest, Rist, etc...

Enfin l'érythrodermie aurique est la manifestation la plus sévère de ces accidents. Elle peut être localisée, mais est le plus souvent généralisée avec un état général touché, température élevée, prostration, urines rares. L'éruption se généralise suivant deux types érythémato ou vésiculosquameux.

Gaté, Cuilleret et Tiran en ont rapporté un cas. Gougerot et Boucher ont vu l'évolution en deux temps d'une érythrodermie aurique en deux régions prédisposées par la lumière et d'anciennes éruptions médicamenteuses. Il en a été signalé par Gougerot et Burnier, Gougerot et Iglesias, Lortat-Jacob et Jaime, Milian. Margout leur consacra sa thèse (Thèse, Paris, 1933).

Nous rapportons un cas observé à Sainte-Eugénie en 1929. Il s'agit d'une malade de 21 ans, Ph. I..., qui entre au Sana le 17 janvier 1931. Elle reçoit 0 gr. 80 d'or en une injection de 0 gr. 05, puis une de 0 gr. 10, une de 0 gr. 15 et deux de 0 gr. 25. Elle présente, après la dernière, une éruption avec vésiculation intense. Tout l'épiderme est soulevé et s'en va par larges lambeaux. Il y a de l'œdème du tissu cellulaire; la face, les membres sont bouffis. Un suintement considérable nécessite un changement fréquent de lin-

gerie. Il y a en outre une conjonctivite purulente, des vomissements, une température de 39 à 40°. Il faut remarquer qu'à chaque injection la malade avait présenté des érythèmes localisés au bras et au genou. Elle donnait l'impression d'une brûlure du deuxième degré.

Puis, le 9 avril, elle fait un abcès staphylococcique de l'aisselle droite, deux à gauche, et un au sein gauche.

L'éruption s'est terminée le 25 mai 1931, ainsi que les abcès, et à la sortie il persiste une desquamation du cuir chevelu avec chute des cheveux.

Les Purpuras seront traités dans le chapitre des accidents sanguins.

Lichen.

De nombreux cas de lichen ont été signalés par Gougerot, Cohen et Pate, qui ont vu un lichen plan coexistant avec un eczéma, par Gougerot, Blum et Durel, par Millian qui observa un mélange de lichen plan de psoriasis et d'eczéma craquelé, par Tetau (Thèse, Paris, 1929), Jean Weill, Touraine et Menestrel avec les lichens polymorphes post-auriques, Paul Blum et André Clary, D'Hour et David.

Un cas curieux en a été signalé par Gougerot et Stewart d'un lichen-plan post-aurique avec poussée pigmentée diffuse suivie de poussée papuleuse dépigmentante et régression spontanée.

Enfin, pour terminer l'étude de ces accidents cutanés, signalons les *Pigmentations*.

Étudiées dans les thèses de Darnault (Thèse, Lyon, 1933), de Glanger (Thèse, Paris, 1934), de nombreux

cas ont été rapportés par Gougerot et Carteaud, Léon Bernard et Blanchy, Lebeuf et Mollard, Nové-Josserand et Gaté, par Cardis et Conte, qui en ont recueilli 34 observations.

C'est une pigmentation cutanée consécutive à l'injection de sels d'or. C'est Hansborg qui signala le premier cas. Cette pigmentation ardoisée se fait par le pourtour des yeux, puis envahit la face, gagnant le cou, s'arrêtant au décolleté. Enfin elle peut atteindre la face dorsale des mains et des bras. En somme elle apparaît dans les régions les plus exposées à la lumière.

Elle peut être légère ou intense, et permet parfois, par son intensité, de deviner, avant tout interrogatoire, qu'un sujet a été soumis à la chrysothérapie.

Nous en avons personnellement observé un cas impressionnant. Il s'agissait d'un malade qui avait reçu 20 gr. de Crisalbine et avait le visage absolument couleur ardoise.

Dans les fragments cutanés prélevés sur des sujets pigmentés on a trouvé de l'or.

La chrysothérapie représente plus un inconvénient esthétique qu'un accident important. Mais étant donnée l'opinion que nous avons des sels d'or en général, mieux vaut l'éviter en n'en point faisant.

D. — Accidents Bucco-pharyngés.

STOMATITE AURIQUE ET AURIDES MUQUEUSES.

C'est une des aurides muqueuses les plus banales dont la fréquence diversement appréciée est évaluée

par Rivollier, dans sa thèse, à 2 % des cas chez les tuberculeux. En effet, nous écartons de la statistique les pourcentages des dermatologistes qui sont supérieurs, ceux-ci ne traitant pas particulièrement la tuberculose pulmonaire, mais des manifestations cutanées diverses, tuberculeuses ou non tuberculeuses. Toutefois, les mêmes modalités cliniques se retrouvent chez les tuberculeux pulmonaires. Gaté, en 1926, publiait un cas de toxidermie à forme d'hydroa buccal rattachable à la sanocrysine. De nombreuses publications ou études ont suivi, et l'Ecole Lyonnaise, en 1928, avec Nicolas, Gaté, Lebeuf et Mollard en dégageait les formes cliniques, la pathogénie.

Citons Gougerot et Burnier, qui ont attiré l'attention sur la fréquence du lichen plan buccal déclenché par l'or, Milian, Carrière et Huriez qui ont vu un cas de stomatite pemphigoïde.

La dose provocatrice en est des plus variable. Dans sa thèse inaugurale, S. H. Boule (Thèse, Paris, 1937) passe en revue les divers aspects cliniques des stomatites auriques et décrit :

« 1° *La stomatite nacrée ou opaline érosive*, qui est
« la manifestation buccale la plus souvent observée.
« Débutant par des phénomènes subjectifs désagréa-
« bles, elle passe par une phase érythémateuse dif-
« fuse où toute la muqueuse buccale est rouge, gon-
« flée. Puis un voile blanchâtre va s'étendre sur ce
« fond rouge, voile très adhérent à la muqueuse
« (Nicolas). Puis une phase érosive lui fait suite.

« Son évolution se fait soit vers la résolution ra-
« pide, soit vers la persistance momentanée de pla-

« ques nacrées, soit enfin vers la persistance des érosions qui peuvent disparaître pour récidiver ensuite sans que le traitement soit repris.

« 2° *Autres stomatites auriques* : Erythémateuse pure, gingivite simple, stomatite blanche non érosive, stomatite érosive pure, forme purpurique exulcéreuse, stomatite ulcéreuse et ulcéro-membraneuse, stomatite localisée, formes avec pyalisme.

« 3° La stomatite des accidents sanguins de la chrysothérapie qui rentre dans le cadre de l'angine agranulocytaire. »

D'autres aurides, vulvaires, balaniques, anales, peuvent se rencontrer, isolées ou coïncidant avec une stomatite. Sauvan et Vigne rapportent un cas de stomatite et vulvite aurique.

Aubin et Lemaître l'on vu coïncider avec une laryngite. Enfin, Margarot et Rimbaut ont vu une imprégnation aurique des dents au cours d'un traitement chrysothérapique.

E. — Troubles gastro-intestinaux.

Les accidents digestifs dus à l'aurothérapie sont relativement fréquents. Notre Maître, le Docteur Dufourt, évalue cette fréquence de 12 à 15 %.

Si Sayé dit avoir vu de véritables gastrites, le plus habituellement la traduction digestive de ces accidents se fait par de l'inappétence, des douleurs, des nausées.

Plus fréquente et plus intéressante est la diarrhée. D'apparition précoce ou tardive, elle persiste parfois longtemps après la cessation de tout traitement.

Les troubles hépatiques tiennent une certaine place au milieu de ce syndrome digestif.

Les cas d'ictère sont relativement peu fréquents; Bonafé et Azam en signalent un cas, Braillon un autre avec agranulocytose, Brette, Roubier et Savoye un ictère hémolytique, Mollard a trouvé sept cas d'ictère grave. Milian, Mattei et Paganelli, Bezançon, Braun et Azoulay, Garin et la thèse de Rolin (Thèse, Lyon, 1926), Dumarest, Cornil, Paillès, Berthier en ont signalé d'autres.

Dans presque tous ces cas les doses de sels d'or employés avaient été faibles.

Mais bien plus fréquents croyons-nous sont les petits troubles hépatiques chez les tuberculeux, et nous pensons que souvent la déficience du foie déjà fragile entretient pendant un certain temps un état nauséeux, avec vomissements bilieux, diarrhée post prandiale, migraines et vertiges. On a l'occasion de voir aussi des malades qui, fort bien portants quant au tractus digestif avant un traitement aurique, ont gardé après l'institution de celui-ci quelques troubles qu'accentue facilement un écart de régime. On sait que l'or se fixe quatre fois plus sur le foie tuberculeux que sur le foie sain. (Arloing, A. Dufourt et Demonfaucon.)

On a mis en avant, pour expliquer ces troubles, la toxicité métallique, le biotropisme, la fragilité hépatique antérieure, le blocage du tissu réticulo-endothélial (l'or s'y fixe particulièrement) voire le choc ana-

phylactique comme en témoignerait l'éosinophilie sanguine.

F. — Accidents rénaux.

Ce sont ceux qui semblent, avec la diarrhée, occuper la première place dans la série des accidents imputables à la chrysothérapie. D'autre part, ils sont non seulement fréquents, mais peuvent être très graves.

La manifestation rénale la plus habituelle est l'albuminurie simple qui représente une indication formelle d'arrêt du traitement chrysothérapique. Sur 510 malades traités par l'or, Pierre Guy note un pourcentage de 7,4 % d'albuminuries passagères et curables. Malheur à qui n'a pas respecté l'avertissement donné par cette albuminurie !

En effet, même à petites doses la chrysothérapie a donné des albuminuries massives et durables, témoins de néphropathie grave.

L. Bethoux, en 1934, avait rapporté 9 cas d'albuminuries dont 8 se sont terminés par la mort. Des vérifications anatomiques furent faites qui ont permis de constater des lésions rénales et extrarénales diverses. A cette époque l'auteur se demandait la part qui revenait aux sels d'or dans la genèse de ces accidents, et concluait qu'indubitablement l'or en était responsable, réservant toutefois une part à l'infection tuberculeuse isolée.

Pierre Bourgeois, Jean Courtois, Mme Porcher, Jean-Charles Giraud avaient déjà rapporté une très belle

observation de néphropathie typique avec albuminurie massive chez une infirmière qui avait reçu 0 gr. 80 de crisalbine.

Puis avec Loireau et Giraud, Pierre Bourgeois, signale un cas de diabète rénal par néphrite toxique aurique, et étudie avec Mlle de Jesensky et Levernieux la néphrite aurique œdémateuse au point de vue anatomo-pathologique, attirant l'attention sur la nécessité absolue d'arrêt du traitement, contre Leuret et Caussimon, Ameuille et Hinault.

Enfin Pierre Bourgeois et Denise Bourgeois font une étude anatomo-clinique brillante des néphropathies auriques graves. Ces auteurs décrivent cinq formes cliniques :

- Formes hyperalbuminuriques,
- Formes compliquées d'amylose,
- Formes à type de néphrite aiguë œdémateuse,
- Formes hématuriques,
- Formes glycosuries auriques,

et ils insistent sur les faits suivants :

1° Que dans un grand nombre de cas les sels d'or créent une dissociation des fonctions rénales ;

2° Que les facteurs extrarénaux ont une importance considérable, en particulier le foie. D'ailleurs dans les cas extrêmes, on peut relier insensiblement ces deux organes qui ont une électivité spéciale de fixation et d'élimination de l'or et qui peuvent souffrir tous les deux en réalisant des hépato-néphrites avec ictère grave dont on a publié quelques cas.

Ajoutons qu'on a signalé un cas de néphrose lipoïdique mortelle publié à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par M. Weissenbach.

Le premier cas connu avait été signalé en 1929 par Cordier, Croizat et Griffon, et son évolution avait été extrêmement rapide, en une quinzaine de jours après l'apparition de l'albuminurie.

G. — Accidents sanguins.

Les accidents les plus divers ont été observés au cours de la chrysothérapie.

1° LES HÉMORRAGIES ISOLÉES.

Toutes les hémorragies isolées peuvent se voir et on a vu des épistaxis, des gingivorragies, des métrorragies, des ménorragies, des hématémèses, des hémorragies intestinales, des hématuries, des hémoptysies. Notre Maître, le Docteur Dufourt, a propos des hémoptysies pense que les sels d'or ne les provoquent ni ne les arrêtent. Il y en a d'ailleurs peu de cas signalés : trois par Sergent, deux par Bezançon, deux par Léon Bernard, dix par Mollard.

2° LES PURPURAS.

On a vu du purpura simplex, du purpura rhumatoïde, du purpura hémorragique.

Le premier cas publié par Mollard et Bonafé en 1929 a été suivi de nombreux autres, par C. Achard, Coste et Cahen, Lévi-Valensi, Cixous Tarny, Duverger Griveaud, Hudson, Laignel-Lavastine, Reyt, Nicolas, Lebeuf et Charpy, P. E. Weill, Chanial et Agnès.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas particulièrement frappant : il s'agissait d'un jeune homme de 15 ans, entré au Sanatorium porteur d'un pyopneumothorax gauche et présentant des taches d'infiltration disséminées dans la région sous-claviculaire droite. On fit à ce malade 0 gr. 20 d'oléochrysine en 3 injections, et le soir même de la troisième injection, il fut pris d'un épistaxis extrêmement abondant, qu'un tamponnement antérieur ne parvint pas à arrêter. Le lendemain, le malade était couvert de taches purpuriques qui confluaient en de nombreux points dessinant de grandes plaques ecchymotiques. Son foie débordait de trois travers de doigts le rebord costal. Ce malade vit en un mois disparaître toutes ces manifestations et mourut ensuite de l'évolution de ses lésions pulmonaires.

3° LES SYNDROMES AGRANULOCYTAIRES.

De nombreux cas en ont été publiés par Achard, Coste, Cahen, Ameuille et Braillon, Augeras et Gingsbourg, Aubertin, Chabaud, Gingsbourg et Langlet, Chalier, Plauchu et Badinand, Flandin, Escalier, Sassié et Joly, Jacob et Douady, Jacquelin et Allanic, etc.

Ces cas rentrent dans le cadre de l'agranulocytose de Schultz avec l'angine nécrotique et le syndrome neutropénique. L'évolution se fait rapidement vers la mort.

4° L'ALEUCIE HÉMORRAGIQUE.

Son début peut se faire par un purpura hémorragique ou bien de façon fruste, par asthénie, ulcérations buccales.

Puis les phénomènes hémorragiques s'accroissent. L'état général est très touché et la bouche présente des ulcérations peu étendues, gingivales, jugales, palatines, amygdaliennes. L'examen sanguin montre de l'anémie avec neutropénie, mais moins accentuée que dans l'agranulocytose. Les autres tests sanguins sont ceux du purpura.

5° ANÉMIES. LEUCÉMIES.

Des cas d'anémies ont été rapportés par Weissenbach, Martineau, Courtois.

Boulin, Coste, Uhry et Antonelli ont vu une leucémie suraiguë.

Les modifications sanguines au cours de la chrysothérapie ont été étudiées par Nancel-Penard (*Thèse* Bordeaux, 1936), Pavie et Mollard, Jullien, Dumarest, Mollard et Pavie. Ces auteurs ont attiré l'attention sur l'augmentation du taux des polynucléaires, qui est un signe d'alarme et un avertissement.

Rivollier, dans sa thèse, signale un cas d'hyperglobulie à 6.740.000 globules rouges.

En général, on voit que ces accidents sanguins sont redoutables et qu'on ne saurait trop les prévenir par une prudente abstention.

H. — Les accidents nerveux de l'aurothérapie.

Les accidents nerveux observés chez les tuberculeux traités par les sels d'or ont été attribués à la médication aurique peu à peu et les connaissant, leur

fréquence s'est accrue. Fréquence relative d'ailleurs, car il s'agit d'accidents rares, qui cependant sont fort intéressants par leur durée assez longue et le supplice qu'ils infligent aux malades.

Schellens vit en 1924 un zona chez une malade traitée par le chrysargol. Puis en 1926 Beyerholm publie une série d'accidents algo-parétiques. En 1928 Moulonguet et Perier attribuent à la chrysothérapie une paralysie des cordes vocales chez une tuberculeuse.

Farjon, Maissilly, Lefèvre signalent des névrites sciatiques, Dumarest rattache à la médication aurique des troubles cardiaques.

Mollard signale un cas de parésie du plexus brachial, Lebeuf, Petouraud, Mollard une polynévrite sensitive, Gougerot une crise radiculaire paroxystique, Fourcade des douleurs rhumatoïdes, Lambea une paralysie radiale double, Mollard, Lebeuf et Pouget, mettent en évidence les sels d'or dans le liquide céphalo-rachidien.

En 1933, Chavany et Bourdillon décrivent une polyradiculite sensitive récidivante. En 1934 on rapporte de nombreux cas de polynévrites. Alajouanine, Maurick Fauvert, Tzanck, Pautrat et Klotz, Jacob, etc.

Bourgeois, Thiel et Broutmann publient un syndrome de Landry mortel. Radovici, Schachter et Mlle Popovici imputent à la chrysothérapie un tic facial avec blépharospasme.

Courmont, Gardère et Jeune voient au cours d'un traitement par les sels d'or une érythroïse avec polyglobulie avec un hémitremblement Parkinsonien.

Gernez, dans la *Revue de la Tuberculose*, puis dans

la thèse qu'il inspire à Delahaye (*Thèse*, Lille, 1936), fait une étude des accidents neuropsychiques imputables à cette médication.

Enfin Devic, Mansuy et Rossand publient trois observations de polynévrites à type sensitif associées à des troubles psychiques, puis Rossand (*Thèse*, Lyon, 1936).

On peut classer avec Roger, Alliez et Jouve, les accidents nerveux de l'aurothérapie en syndrome algiques, syndromes algoparétiques, syndromes moteurs, syndromes psychiques.

1° SYNDROMES ALGIQUES.

A. — ALGIES GÉNÉRALISÉES. — Pour la plupart, ces algies sont généralisées, mais elles peuvent être localisées à un membre, à la sphère oculaire. Elles durent en général plusieurs semaines et sont à type de lancinement et de broiement.

a) *Algies durables* : ce sont des douleurs siégeant sur plusieurs membres, intolérables, erratiques. Des paroxysmes se greffent sur un fond douloureux ; on peut les réveiller par la pression des masses musculaires. Elles peuvent s'accompagner de quelques troubles objectifs, parésies, diminution des réflexes, atrophie.

La cessation de la thérapeutique délivre en général les malades au bout de quelques semaines.

b) *Algies diffuses* : avec troubles du sommeil et contractions fasciculaires à type de chorée fibrillaire de Morvan.

Ce sont des douleurs pénibles, diffuses, réveillées par la palpation, le frôlement. Les contractions fibrillaires se produisent dans toutes les parties du corps, accrues par le froid et la fatigue, elles sont sans rythme.

Enfin des troubles du psychisme s'y ajoutent sous forme d'anxiété, d'impotence avec extériorisations diverses.

Ce tableau peut se compléter par des troubles cutanés, des érythèmes, de l'hypersudation.

c) *Algies transitoires* : algies mineures constituées par de la courbature, des céphalées, de la rachialgie.

B. — ALGIES LOCALISÉES. — Olmer, et Zuccoli ont vu des algies localisées à une épaule ; Hinault et Mollard des douleurs oculaires avec gêne de l'accommodation.

2° LES SYNDROMES ALGO-PARÉTIQUES.

Ces syndromes réalisent des formes polynévritiques, paraplégiques et monoplégiques. Leur traduction clinique est celle de toutes les polynévrites.

3° LES SYNDROMES MOTEURS.

Les manifestations en sont constituées par des paralysies atteignant les deux membres inférieurs, plus rarement des parésies locales, exceptionnellement des troubles excito-moteurs.

On a vu des syndromes de Landry et d'autre part des cas d'allure médulloradiculaire avec troubles parétiques des deux membres inférieurs, à type spasmodique mais avec abolition de certains réflexes tendi-

neux, permettant de penser à une atteinte radiculaire concomitante.

On a cité des troubles moteurs plus localisés, ou des troubles excito-moteurs à type comitial ; d'autres à type de spasme facial.

4° LES TROUBLES PSYCHIQUES AURIQUES.

Ces troubles sont constitués par des manifestations diverses pouvant aller de l'anxiété jusqu'au suicide. On y voit des syndromes pseudo-bulbaires de la neurasthénie, de la dépression psychique, de l'excitation maniaque.

Physiopathologie. — Quand un syndrome est au complet, on peut avec Gernez invoquer une localisation périphérique névritique ou radiculaire.

Mais dans bien des cas, le syndrome se manifeste par des algies profondes sans atteinte objective bien nette.

Dans les cas de fibrillation, Chavany et Chaignot invoquent des lésions des cornes antérieures de la moelle. Roger, Alliez et Jouve pensent plutôt à une origine sympathique.

Étiologie. — Les notions étiologiques sont très pauvres. L'âge, le sexe, les affections antérieures ne semblent jouer aucun rôle.

Certains de ces accidents apparaissent au début du traitement ; intolérance ; d'autres à la fin d'une série : intoxication ; d'autres à la reprise, enfin d'autres après cessation de tout traitement.

Minimes ou élevées, les doses de sels d'or ont la

même part dans cette genèse, de même que leur composition et leur mode d'administration.

Ces accidents, pour n'être pas très fréquents, méritent cependant d'être connus des médecins, car ils imposent la cessation de tout traitement et par suite la nécessité de rattacher ces manifestations à leur véritable cause.

I. — Accidents de foyer.

Dermatologistes et phthisiologues ont observé des réactions de foyer, soit cutanées, soit pulmonaires.

Forestier, traitant des rhumatismes chroniques par l'allochrysine, a constaté une augmentation de volume avec douleur et gêne de l'articulation malade.

Les dermatologistes ont vu des réveils de lésions lupiques.

De même peuvent se réveiller et s'étendre des lésions pulmonaires. Villaret, Justin Bezançon et Cachera en ont rapporté un cas typique.

Brette, Forestier, Mollard ont observé des réactions ganglionnaires.

Nous-mêmes avons été victimes, après une série de 5 gr. 50 de crisalbine, d'un ensemble d'accidents parmi lesquels il y eut une extension brutale des lésions pulmonaires, probablement par congestion.

Amaigrissement. — Il faut ranger dans ce chapitre les pertes de poids coïncidant avec un traitement et qui ne sont enrayées que par l'interruption du traitement aurique.

Sur 68 cas, Rivollier rapporte cinq cas d'amaigrissements dûs à la thérapeutique.

J. — Troubles sensoriels.

1° TROUBLES DU GOÛT.

Réduits en général à une saveur métallique dans la bouche, ils peuvent aller jusqu'à une disparition complète du goût heureusement transitoire.

2° TROUBLES OCULAIRES.

Les troubles oculaires occupent la première place par leur fréquence dans les troubles sensoriels.

Conjonctivite. — On en a rapporté de nombreux cas : Edmund en rapporte 27 observés à la clinique Secher. Dufourt et Damez en ont vu trois.

Kératite. — Accident bénin dont 2 cas ont été signalés par Mlle d'Antrevaux et Joseph et 3 par Ameuille et Bollack.

Troubles fonctionnels. — Burner apporte un cas où la vue fut troublée par un halo.

Bonafé et Mollard eurent un malade qui, à la suite du traitement sanocrysinien présenta des douleurs oculaires sourdes et se plaignit de ne plus pouvoir lire convenablement. Dans un deuxième cas, la malade accusa des douleurs et des troubles de l'accommodation.

Sayé rapporta une histoire d'hémorragie de la rétine.

D'autre part, Farjon et Pellorce signalèrent le cas d'un malade qui, après chaque injection, présentait une cécité transitoire mais complète, tandis que dans l'intervalle des injections sa vue avait baissé progressivement.

Très récemment, dans sa thèse (Lyon 1939) inspirée par le Professeur Paul Bonnet, El Khallifat a étudié l'imprégnation aurique de la cornée qu'aucun signe clinique ne révèle et qui est une découverte du biomicroscope montrant les grains d'or répartis sur cette membrane.

Accidents des sels d'or.

Etude pathogénique.

Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie des accidents imputables à la chrysothérapie et nous rappellerons succinctement les divers théories proposées.

1° *Théorie toxinhémique.*

C'est la première en date qui fut défendue par les Danois avec Mollgaard. Se basant sur l'action bactéricide du produit injecté, l'auteur pense que l'injection d'une telle substance, même à petite doses, produit une série d'accidents sévères qui ressemblent à ceux qui sont causés par la tuberculine. La sanocrysine libérerait les endotoxines bacillaires, d'où les accidents. Il avait même préconisé un sérum dont l'action seconda celle de l'or en ajoutant sa note personnelle d'accidents. Cette théorie est abandonnée aujourd'hui.

2° *Théorie anaphylactique de Feldt.*

Elle ressemble étrangement à la précédente avec la différence que l'auteur n'invoquait pas les toxines, mais les albumines désintégrées dans l'éclosion des accidents.

3° *Classification de Tzanck.*

Actuellement c'est la classification de Tzanck qui prime avec ses trois rubriques :

A. — *Accidents d'intoxication.* — Défendue d'abord par les auteurs allemands qui virent dans les sels d'or un poison. Léon Bernard fit des accidents, le résultat d'une intoxication.

En réalité, il existe peu de faits qui relèvent de cette pathogénie, car on n'a pas trouvé, en dehors des très fortes doses qui sont mortelles, un seuil à partir duquel, régulièrement les accidents se produisaient. Toutes les doses ont à leur actif un peu de tous les accidents.

B. — *Biotropisme.* — Créée par Millian pour les arsenobenzènes, cette théorie suppose que la substance étrangère introduite dans l'organisme pour y détruire un microbe, peut déclencher de manière transitoire l'exaltation de la virulence d'autres germes jusque-là inoffensifs. Or on n'a peu vu de fièvres éruptives déclanchées au neuvième jour dans les accidents des sels d'or.

Peut-être l'exagération des signes généraux, physiques, fonctionnels, serait-elle un effet biotropique direct de l'or donnant les réactions focales en particulier.

C. — *Théorie de l'intolérance.* — Formulée par Tzanck, adaptée aux accidents de l'aurothérapie par Dumarest, Lebeuf et Pavie, Lebeuf et Mollard, elle a été étudiée et prouvée par Gaté et ses collaborateurs, Thiers et Cuilleret.

Elle se définit comme un processus biologique réactionnel en présence d'un facteur avant même qu'il soit en état de nuire. Ce processus donne, en dépassant son but, la gamme des accidents qui traduisent l'hypersensibilité de l'organisme et peuvent être évités par la désensibilisation.

Théorie séduisante si elle expliquait tous les faits, permettant surtout d'éviter les graves accidents de l'aurothérapie. Mais dans l'ensemble, aucune théorie ne permet de les faire disparaître.

Comme le dit justement Rivollier dans sa thèse, de la dose infratoxique à la dose mortelle expérimentale, il existe une grande marge, dans laquelle, en clinique, s'échelonnent les accidents les plus bénins et les plus graves.

Si satisfait qu'on soit de l'une ou l'autre théorie, il nous semble particulièrement prudent, Pierre Bourgeois l'a dit avant nous, et nul n'y contredira, de voir dans l'apparition de la plus légère réaction une invite formelle à cesser tout traitement aurique. C'est la seule conséquence pratique à tirer de l'expérience.

CHAPITRE IV

LES DANGERS DES SELS D'OR

Nous avons traité, dans le chapitre précédent, des accidents de l'aurothérapie. Pour être certes importants, car il est peu de thérapeutique qui compte autant d'incidents ou d'accidents à son actif, il n'en reste pas moins que pour nous ce n'est pas là qu'il faut voir le principal danger de la chrysothérapie.

A l'heure actuelle, de nombreux articles, de nombreuses publications médicales nous ont renseignés, avec une richesse de documentation exceptionnelle, sur ces manifestations pathologiques de la chrysothérapie. L'accord s'est fait progressivement sur la nécessité de n'employer que de petites doses, comme l'a toujours recommandé le Professeur P. Courmont, de considérer le moindre incident comme une indication formelle de l'arrêt du traitement. On ne cite que peu d'accidents graves, encore moins d'accidents mortels.

Aussi bien ne voulons-nous pas nous étendre à nouveau sur eux, estimant que les reproches qu'on peut faire à l'emploi de la méthode sont beaucoup plus graves.

De tout temps, l'or a joui d'une faveur particulière et nous le voyons entrer dans la thérapeutique. Bien

timidement certes, car Avicenne, au x^e siècle, pense que l'or métal corrige la mauvaise odeur de l'haleine, et que la limaille d'or agit dans les affections du cœur, dans la tristesse de l'âme et la faiblesse de la vue.

Arnaud de Villeneuve en multiplie les indications. Plus tard Paracelse, qui meurt à 48 ans, fait de son emploi un brevet de longévité.

Combattu par Montaigne, Ambroise Paré, il revient en grâce avec Chrestien de Montpellier qui l'employait dans la phthisie tuberculeuse, puis s'éclipse.

Mollgaard le lance à nouveau dans la circulation et l'or ainsi poussé commence par susciter l'engouement que nous avons mentionné au début de ce travail, et l'espoir qu'il soulève est immense.

C'est de l'espoir qu'on avait mis dans cette méthode qu'est né le danger des sels d'or. L'enthousiasme de médecins renommés, la publicité faite à la méthode, la crédulité des malades qui se sont tous crus justiciables de l'aurothérapie, l'attrait de la nouveauté en ont été à la base.

Il est bien évident au surplus qu'une thérapeutique parée d'une telle simplicité d'administration devait plaire, pour des raisons différentes, au malade et au médecin.

Le malade qui est justiciable d'un pneumothorax hésite toujours à accepter une intervention dont il ignore tout et dont la valeur est jugée par ouï-dire et par un entourage incompetent. Par suite, les sels d'or ont représenté une chance inespérée, évitant la cure sanatoriale, voire même la cure simple, et à plus forte raison le pneumothorax.

D'autre part, on doit malheureusement constater que certains médecins, peu avertis des choses de la phtisiologie, distribuent à tort et à travers la thérapeutique aurique. On ne voit que trop à l'entrée au sanatorium, de ces patients amenés par ignorance dans un triste état. Bien heureux si dès les premières injections le malade a été intolérant. Ce peut être sa meilleure sauvegarde et le gage d'un traitement utile et précoce.

Bien souvent, lors de l'arrivée au sanatorium, l'interrogatoire révèle qu'il n'a été fait qu'une radioscopie, parfois pas du tout ! que la lésion a été considérée comme bénigne et que la guérison a été promise en peu de temps par les sels d'or. Certains malades ont continué à travailler entre deux injections d'or. Evidemment on ne peut s'étonner des résultats extraordinaires qui sont obtenus. Habituellement, aucun examen régulier n'est fait, les petits incidents sont négligés et c'est ainsi qu'on arrive aux désordres irréparables.

D'ailleurs, le médecin non spécialisé est grandement encouragé par le désir du malade qui ne veut pas se soigner longtemps, et désire continuer son travail, et d'autre part d'élogieuses notices adjointes à certains sels énumèrent les bienfaits de cette thérapeutique. On peut y voir que tel produit est le remède qui s'impose sans restriction, les succès en sont tangibles dans les poussées évolutives, surtout si elles sont prises rapidement. Les résultats se font sentir sur la toux, l'expectoration et l'état général.

On est bien près de l'opinion d'Arnaud de Villeneuve, disant de l'or qu'il fait hardis les timides, ré-

conforte les cardiaques et vaut contre la mélancolie.

Evidemment on ne signale aucune contre indication, aucune dose, aucune directive pour le traitement.

Un autre produit est très indiqué dans les intolérances dues à l'emploi d'un sel d'or antérieur.

Dumarest, dans *Paris Médical*, en 1927, demandait d'attendre pour juger.

« Nous avons abordé l'étude de la sanocrysine avec
« un scepticisme fait de beaucoup de déconvenues
« antérieures, qui s'échelonnent sur vingt-cinq ans de
« pratique.

« Ce sentiment s'est transformé en défiance mal-
« veillante après l'échec de notre premier cas.

« Cependant, actuellement, au point où nous en
« sommes parvenu de notre expérience, il nous pa-
« raît impossible de ne pas reconnaître que ce médi-
« cament apporte quelque chose de nouveau à la thé-
« rapeutique de la tuberculose.

« Médication non pas inoffensive, mais médication
« parfois efficace, telle se dégage la conclusion. »

L'enthousiasme, s'il s'est éteint chez beaucoup des défenseurs de la première heure, est resté pour beaucoup de raisons vivace chez les praticiens non spécialistes. Les avertissements donnés n'ont pas été suivis. Rist à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, ne disait-il pas en 1930 :

« La facilité avec laquelle certains produits peu-
« vent être injectés, notamment l'allochrysine, a ce
« fâcheux résultat que beaucoup de médecins appli-
« quent aveuglément cette thérapeutique à des cas de

« tuberculose qui ressortissent de la façon la plus
« évidente à la collapsothérapie ; les malades perdent
« souvent ainsi un temps précieux. »

Sergent pouvait écrire dans le *Progrès Médical*, en 1934 :

« Les avantages, s'ils existent, nous paraissent bien
« chèrement acquis ; on ne saurait à l'heure actuelle
« considérer la sanocrysine comme un médicament
« efficace. »

Colbert et Chatard (cités par Mollard) concluaient fort prudemment :

« Il ne saurait être question de faire entrer la mé-
« thode dans la pratique médicale journalière et le
« praticien devra faire comprendre au malade tou-
« jours à l'affût de nouveautés thérapeutiques, que si
« nous pouvons garder l'espoir d'une chimiothérapie
« un jour bienfaisante, il peut être sage et prudent de
« savoir attendre, au moins dans la plupart des cas. »

Fourneau classait cette thérapeutique parmi les vains efforts des tentatives métalliques.

Tout au long des années, on retrouve les mêmes avertissements dans la *Presse Médicale*. En 1935, Pierre Bourgeois, Thiel et Levernieux concluaient :

« Médication de deuxième zone, la chrysothérapie
« doit se limiter à un rôle modeste. Elle ne doit pas
« être un prétexte à perdre du temps ; elle ne doit
« jamais faire retarder d'un seul jour l'envoi d'un
« malade en sanatorium ou l'institution d'un pneu-
« mothorax. Ces interventions différées, ces occasions
« manquées constituent, bien plus que les urticaires
« ou les albuminuries, les véritables accidents, ou

« mieux les désastres dont la chrysothérapie est res-
« ponsable. »

En Belgique, Géraerd (*Bruxelles Médical*, 1935), déclare qu'il est fait de l'aurothérapie un usage abusif et inconsideré entraînant pour les malades des conséquences désastreuses.

« Il ne se passe guère de jours que ne se présentent
« à nous, soit à notre cabinet, soit à notre consulta-
« tion pour l'admission des tuberculeux au sanato-
« rium, des tuberculeux irrémédiablement perdus,
« qui ont pendant des mois été imprégnés de sels d'or
« à des doses aussi variées qu'inefficaces. »

L'auteur ne leur reconnaît qu'une action fragmentaire qu'on ne peut juger qu'à longue échéance.

Ces nombreux avertissements n'ont pas suffisamment été entendus et l'aurothérapie a continué ses méfaits.

Les partisans de la méthode ont fourni force statistiques démontrant les résultats sur le poids, la température, l'expectoration, la disparition des bacilles. Résultats très fractionnés qui prêtent aisément à la critique. Nous nous montrons plus exigeants pour juger d'un résultat. Chacun a vu des cavitaires prendre du poids, évoluer sans fièvre, sans expectoration.

A notre avis, il n'est qu'un test de guérison ou d'amélioration. On doit le chercher dans le cliché radiographique, qui, seul, peut permettre de juger d'une régression lésionnelle.

C'est à tort que de nombreux cas ont été jugés influencés favorablement par les sels d'or :

Rist faisait justement remarquer en janvier 1926 dans la *Revue de la Tuberculose* :

« On nous dit que le maximum d'efficacité de l'au-
« rothiosulfate de soude s'obtient dans les formes exsu-
« datives récentes. Nous observons à notre tour que
« ces formes trop souvent méconnues par le praticien
« et qualifiées de grippe, de congestion pulmonaire,
« de pleurite, sont précisément celles que le repos
« institué de bonne heure améliore le plus vite. »

A la Société Médicale des Hôpitaux, Sergent, en 1934, reprenant en l'accentuant l'opinion de Rist, après dix ans d'expérience de la méthode. Il s'exprimait ainsi :

« Je ne puis oublier les guérisons cliniques spon-
« tanées de la tuberculose, notion qui se traduit au-
« jourd'hui par la notion des nettoyages radiologi-
« ques. Ces nettoyages radiologiques spontanés sont
« très fréquents et expriment l'existence de foyers
« pneumoniques tuberculeux curables, que connais-
« saient bien nos aînés et que nous voyons renaître
« de temps en temps comme des découvertes nou-
« velles sous des noms plus ou moins analogues. Je
« pourrais citer des observations d'images cavitaires
« incontestables, qui ont disparu en quelques mois
« sans aucune médication, sans aucun acte thérapeu-
« tique, le malade s'étant refusé à tout traitement et
« s'étant borné à se retirer à la campagne au sein de
« sa famille. Aussi bien ai-je le droit de demander si
« parmi les miracles thérapeutiques attribués aux sels
« d'or, il n'en est pas un bon nombre qui sont dus
« simplement à la bonne nature. »

D'autre part, A. Giraud, dans son *Précis de Phtisio-
logie* écrivait :

« Ayant personnellement expérimenté les sels d'or
« dans les circonstances les plus diverses, nous ne
« sommes guère arrivé à nous faire une opinion très
« précise. Sans doute, les formes récentes fournissent
« le pourcentage d'améliorations le plus élevé, mais
« ce sont aussi celles dont la guérison spontanée est
« le plus souvent obtenue. »

J. Stéphani a étudié la cicatrisation spontanée des cavernes par le traitement conservateur, étude reprise avec Weigert en 1937. Tous les phthisiologues ont vu des cavernes, même très volumineuses, se fermer et disparaître en quelques mois. Nous ne voulons pas dire cependant que le fait soit d'une telle fréquence qu'on doive l'attendre à coup sûr. Nombreux sont les médecins qui considèrent comme une amélioration importante le cerclage de la caverne et l'épaississement des taches sombres.

A l'heure actuelle, on doit devenir beaucoup plus exigeant pour parler de guérison. Des méthodes nombreuses, perfectionnées par l'audace et l'habileté des médecins et des chirurgiens permettent de traiter un plus grand nombre de cas.

Et si l'hésitation pouvait en 1924 faire préférer les sels d'or à un pneumothorax bilatéral, actuellement il n'en est plus de même, et on peut envisager sans crainte une telle thérapeutique qui donne des résultats remarquables. Si nous le disons, c'est en connaissance de cause.

Dans la *Presse Médicale* du 9 décembre 1936, A. Dufourt et Ledru ont montré que le pneumothorax bilatéral n'était pas une acrobatie médicale, mais une thé-

rapeutique dont l'emploi judicieux donne d'excellents résultats.

Bien mieux, nous admettons même que l'aurothérapie soit facteur de sclérose. Mais qui dit sclérose ne dit pas guérison. Au contraire, il est incontestable que certaines cavernes jeunes, certaines lobites, certains infiltrats, se sclérosent trop tôt et sont fixés dans leur forme d'une façon définitive et ils deviendront souvent rebelles à une thérapeutique collapsothérapie ultérieure si celle-ci est encore possible. Nous les accusons de favoriser les symphyses pleurales par ce mécanisme de sclérose.

Dans nos observations, nous avons vu bien souvent de telles cavernes, impossibles à traiter et mettant le malade à la merci des complications qui leur sont inhérentes.

D'autre part, d'après une étude statistique faite par Nouvion, Ranc et Rottenstein, il ressort que les cas de nettoyage radiologique dus aux sels d'or sont, d'après l'avis même de leurs défenseurs d'environ 5 %, ce qui équivaut au nombre des nettoyages radiologiques spontanés.

Dans sa thèse, Kaplan (Thèse Paris, 1931) donne 25,4 % d'améliorations radiologiques dues aux sels d'or et s'estime heureux d'une image cavitaire diminuée des deux tiers, cerclée par une coque scléreuse, il nous dit que :

« Les formes jeunes sont celles qui tirent le maximum de profit de l'or et donnent les améliorations radiologiques les plus frappantes. »

Nous nous sommes livré à une étude statistique des

malades reçus en 1936 dans un sanatorium Charentais. Sur 115 entrants, 61 avaient reçu des sels d'or pour les lésions les plus diverses. Une forte proportion, soit 38, n'ont pu être justiciables du traitement collapsothérapique et sur ceux-ci, 30 étaient décédés en 1938.

Nous pensons que chacun verra là le vrai danger d'une telle pratique.

On nous dit d'autre part, que l'expectoration diminue, le poids augmente. Même en admettant cette action, nous lui reprochons d'être isolée ; d'ailleurs la cure sanatoriale obtient à elle seule autant de succès pondéraux. Nous n'en voulons pour preuve que les chiffres donnés par L. Guinard dans le *Bulletin des Sanatoriums de Bligny*.

Recherchant l'influence que pouvaient avoir les traitements auxquels les malades étaient soumis, sur les variations pondérales, les résultats ont été les suivants :

— 86 % des malades soumis à la cure simple ont augmenté de poids,

— 13,7 % en ont perdu,

— 76,5 % des malades traités par l'or ont augmenté de poids.

— 29,3 % en ont perdu.

Ces chiffres se passent de commentaires.

De leur côté, Gilbert et Miège écrivent dans le *Journal Médical de Leysin* (N° 40) :

« La courbe de poids de nos malades mérite d'être étudiée comme tout autre symptôme.

« Mais là encore, il s'agit de s'entendre. Les succès

« qui dans ce domaine ont été attribués par certaines
« statistiques à la chimiothérapie, doivent à leur tour
« être pesés et étudiés attentivement.

« Si une cure de sels d'or est entreprise en pleine
« poussée aiguë, alors que le malade vient de subir
« une perte de poids importante, le relèvement de
« l'état général, qui a toutes chances de se produire
« après cessation des phénomènes, donne beau jeu à
« l'aurothérapie.

« En sanatorium, ces conditions se trouvent rare-
« ment réalisées. Il est en effet peu fréquent que nous
« ayons à entreprendre une cure de sels d'or durant
« une phase aiguë de l'affection. Bien plus souvent,
« grâce à la cure d'air et de repos, les malades ont
« déjà retrouvé une stabilisation lésionnelle et pondé-
« rale. Nous n'avons donc observé aucune modifica-
« tion importante des courbes de poids.

« Chez 44 malades :

« — 15 ont augmenté,

« — 19 sont restés stationnaires,

« — 10 ont diminué de poids.

« *Effet radiologique :*

« — 5 se sont beaucoup améliorés radiologique-
« ment,

« — 11 se sont légèrement améliorés,

« — 20 sont restés stationnaires,

« — 7 se sont aggravés.

« En résumé :

« — 8 malades paraissent avoir bénéficié large-
« ment du traitement,

« — 12 en ont obtenu quelques avantages,

« — 20 rien,

« — et 4 se sont aggravés.

Nous avons fait, dans le Service de M. le Professeur agrégé Dufourt, au Sanatorium Sainte-Eugénie, l'étude de 550 dossiers concernant des malades traités par l'or, employé seul ou associé à une autre thérapeutique.

Cette statistique, que nous allons commenter dans un prochain chapitre, fait apparaître que :

81 malades traités à la fois par l'or et une collapsothérapie satisfaisante ont obtenu de bons résultats,

34 malades, malgré une bonne collapsothérapie associée à l'or, n'ont obtenu qu'un résultat incomplet ou peu durable,

84 malades n'ont tiré aucun bénéfice de l'association des sels d'or à une collapsothérapie non satisfaisante,

15 malades traités par les sels d'or seuls ont été guéris.

Ceci nous a montré que l'or n'a eu qu'une action bien secondaire dans la très grande majorité des cas, et que la fortune du malade a été celle du traitement associé à l'or.

Après quatorze ans d'emploi de l'or en thérapeutique de la tuberculose pulmonaire par les médecins les plus avertis, on arrive à ce résultat étonnant de n'être pas plus fixé sur le sel à employer, tel auteur vantant les mérites d'un sel que tel autre rejette en bloc, que sur les doses, le mode d'administration et même — ce qui est plus grave — sur les indications et les contre-indications. Chaque sel nouveau a prétendu répondre à des indications précises, en évitant

tous les accidents, mais malheureusement, ce n'est là que réclame commerciale. Quant aux résultats, leur appréciation est souvent des plus variable et nous avons l'impression que leur louange a souvent été chantée sur des améliorations fragmentaires.

Aussi, en sommes-nous à discuter leur place dans l'arsenal de la thérapeutique phtisologique. On peut nous dire que cet arsenal n'est pas tellement riche qu'on puisse faire fi de la moindre médication capable d'apporter une amélioration si légère soit-elle, fût-ce d'un seul symptôme. Nous faisons volontiers nôtre cette opinion dictée par le souci d'être utile au malade, Mais il ne faut évidemment pas qu'on fasse automatiquement l'équation :

tuberculose pulmonaire = sels d'or

C'est elle qui mène aux catastrophes.

Nous pouvons souscrire à l'opinion très modérée du Professeur Paul Courmont, opinion exprimée à diverses reprises et très récemment dans la thèse de son élève Rivollier. On n'en est plus à la « conception « de l'or bactéricide : l'action de l'or n'est pas directe « sur le bacille de Koch dans les tubercules, mais doit « l'être dans le sang circulant sur les bacilles isolés « et les bacilles jeunes dits bacilles nus ». Les sels d'or agissent en augmentant le pouvoir bactéricide du sérum (P. B. S.) et des urines (P. B. U.) et aussi rendent difficile le développement du bacille de Koch. La chrysothérapie doit être employée à très petites doses, pas plus de 0 gr. 10 par injection ; une injection par semaine, et de 3 gr. par série.

Grâce à cela, les accidents graves sont évités et on

n'a à déplorer que des incidents. L'arrêt à la moindre alerte, le bilan des tares du malade fait avant tout emploi de l'or, en font une méthode à peu près dénuée de dangers.

Quant aux indications, elles ne sont faites que de l'impossibilité de la collapsothérapie médicale ou chirurgicale. Peut-être peut-on tenter avant un acte chirurgical un timide essai de l'or, sans grand espoir et en n'attendant pas qu'une sclérose fixe la lésion au lieu de la guérir, ce qui diminuerait considérablement les chances de guérison post-opératoires.

A ces restrictions nombreuses qui limitent l'emploi de la chrysothérapie, nous en ajouterons une autre qui nous paraît capitale : le peu d'or qu'on puisse utiliser doit l'être par des médecins avertis en milieu sanatorial ou hospitalier. Il faut en effet qu'on puisse faire, ce qui l'est très rarement, pour ne pas dire jamais, par le médecin praticien, des analyses d'urines et de sang associées à un contrôle radiologique fréquent. Faute de quoi, le malade placé entre les mains d'un médecin peu averti des choses de la phtisiologie risque de voir l'or substitué à un pneumothorax dont le retard diminue la possibilité. En effet, l'évolution s'accroît, bien que le patient ait l'impression que la maladie est arrêtée par le seul fait de l'injection intraveineuse, et soit satisfait de l'atténuation d'un symptôme pénible tel que la toux, l'expectoration, ou se fie à la guérison à cause d'une reprise de poids.

De plus en plus, l'or doit être classé dans les spécialités dangereuses, peu efficaces, demandant pour

être employé une grande compétence et une grande prudence de la part du médecin traitant.

Nous n'avons pas traité dans ce travail des sels d'or intrapleuraux, nous bornant simplement à l'étude des sels d'or intraveineux comme traitement de la tuberculose pulmonaire. Il s'agit là en effet d'une thérapeutique dont l'action semble indirecte, n'agissant que par irritation et répondant à des indications bien particulières, en même temps qu'elle réclame une administration qui ne peut être confiée qu'à des médecins avertis. Elle peut d'ailleurs donner d'excellents résultats, comme l'a montré M. Léon Kindberg et comme l'a plus récemment relaté notre Maître, le Docteur Dufour (J. de Méd. de Lyon, 1939).

CHAPITRE V

STATISTIQUE DU SANATORIUM SAINTE-EUGENIE

Nous avons succinctement relaté la statistique que nous avons faite dans le Service de M. le Professeur agrégé Dufourt, au Sanatorium Sainte-Eugénie, statistique qui porte sur 550 dossiers concernant des malades traités par l'or, et s'étendant de l'année 1931 à l'année 1938.

Dès 1931, quoique partisan de l'or, notre Maître, le Professeur agrégé Dufourt, ne l'employait comme seul agent thérapeutique que lorsqu'une méthode collapsothérapique était impossible à réaliser ou semblait être contre-indiquée du fait de l'extension des lésions pulmonaires ou de leur forme, voire même de la bénignité de certaines d'entre elles.

Au cours de ces sept années de thérapeutique aurique, diverses préparations ont été employées, mais toujours à des doses minimales, par voie intramusculaire ou intraveineuse. Nous n'avons d'ailleurs pas distingué entre eux les sels d'or employés, les confondant tous sous le vocable de sels d'or, estimant d'ailleurs que pas un plus que l'autre ne peut se targuer de résultats remarquables.

Naturellement, l'administration de ces sels d'or n'était faite qu'après un contrôle minutieux de l'état hépatique et rénal et un examen général soigneux du sujet.

De nombreuses statistiques ont déjà été faites, avec courbes à l'appui, pour dénombrer les effets fragmentaires de l'or sur la fièvre, sur le poids, la quantité de l'expectoration, le nombre de bacilles expectorés, les modifications de signes stéthacoustiques.

Nous nous sommes placé à un autre point de vue, et c'est uniquement en fonction de lui que nous avons jugé des effets de la thérapeutique aurique: nous voulons parler du point de vue radiologique car c'est le facteur le plus important pour juger de l'évolution de la tuberculose **pulmonaire**.

En effet, l'amélioration radiologique reste bien rarement isolée ; on ne voit pas un tuberculeux dont les lésions se résorbent, s'aggraver. Habituellement, l'augmentation pondérale, la diminution du nombre des bacilles de Koch dans une expectoration dont le volume diminue, la disparition ou la modification de signes stéthacoustiques, la chute de la température vont de pair avec l'amélioration radiologique, alors que chacun de ces symptômes favorables pris isolément ne permet pas de parler d'évolution favorable.

Qu'on ne nous accuse pas de tenir ces améliorations symptomatiques pour négligeables. On est assez souvent obligé de s'en tenir pour satisfait, mais nous savons trop que ces améliorations sont les moins durables et les plus capricieuses.

Des 550 dossiers que nous avons examinés, nous

n'en avons retenu que 274, qui nous ont paru dignes d'intérêt.

Les autres, soient 276, n'ont pas semblé devoir retenir notre attention, car la dose de sels d'or employée a été extrêmement faible, moins d'un gramme, dose que nous avons prise arbitrairement pour limite, soit qu'on n'ait pu poursuivre l'entretien de la série commencée, soit la plupart du temps du fait des accidents précoces qui ont interrompu l'usage de cette thérapeutique.

Nous tenons à souligner que dans tous les cas, l'or a été abandonné dès que le moindre signe d'intolérance faisait son apparition. C'est pourquoi, grâce à cette grande prudence, il n'y a pas eu d'accident mortel à déplorer.

La plupart des accidents, plus souvent des incidents, ont été peu durables. Le plus grave qui ait été observé est celui que nous avons relaté au chapitre des « accidents cutanés » : il s'agissait d'une érythrodermie aurique qui fut suivie d'abcès à staphylocoques et dont l'intensité, comparable à celle d'une brûlure du second degré, ne laissa pas d'être fort inquiétante.

Nous ne nous sommes pas borné à n'étudier que les cas où l'or fut employé comme seul agent thérapeutique. Il nous a semblé, en effet, qu'on pouvait tirer un enseignement de son emploi en association avec la collapsothérapie, collapsothérapie dont l'expression fut la plupart du temps le pneumothorax, souvent la phrénicectomie, rarement la thoracoplastie.

Et c'est ainsi que nous avons groupé nos dossiers sous quatre rubriques.

1° Malades dont le traitement collapsothérapique a été excellent associé aux sels d'or.

81 malades ainsi traités ont obtenus une guérison radiologique.

Nous entendons par traitement collapsothérapique excellent,

— soit un pneumothorax uni ou bilatéral, complet, souvent électif, qu'il ait été primitivement excellent dès sa création ou bien que la section d'adhérences pratiquée l'ait rendu parfait,

— soit une phrénicectomie pratiquée pour une lésion située dans une zone favorable, avec ascension et paralysie de l'hémi-diaphragme,

— soit une thoracoplastie qui a affaissé toute la région malade.

Dans ces cas, nous avons vu les lésions les plus diverses, lobite du sommet droit, infiltration diffuse d'un poumon, tuberculose fibro-caséuse, tuberculose ulcéreuse, disparaître complètement, laissant une cicatrice parfois minime et un champ pulmonaire clair, ceci bien souvent en un temps relativement court.

Quelquefois, la cure d'or avait été entreprise avant l'entrée au Sanatorium, ou bien avant une tentative de pneumothorax. Aucun résultat n'avait suivi cette thérapeutique, et très rapidement l'action de la collapsothérapie a été manifeste et a rétabli une situation que l'emploi prolongé de l'or eût irrémédiablement compromise.

Dans ces cas, il semble bien que le traitement col-

lapsothérapique ait été tout, et que l'or n'ait joué qu'un rôle négligeable.

Les observations suivantes démontrent ce point de vue.

2° Malades dont la collapsothérapie radiologiquement satisfaisante, associée aux sels d'or, aurait dû donner un bon résultat.

34 malades ainsi traités comme les précédents, ou bien ont été améliorés incomplètement, ou bien ont fait une poussée évolutive dans le poumon opposé, ou enfin ont fait une rechute après un nettoyage radiologique antérieur.

Ces malades se présentaient, en effet, dans d'excellentes conditions, puisque radiologiquement leur pneumothorax était complet, leur phrénicectomie semblait réaliser les meilleures conditions pour réussir, et cependant le résultat n'a pas été parfait. L'un a gardé un infiltrat, l'autre une caverne, l'autre a évolué dans le poumon opposé à celui qui était collabé.

Cependant, ces malades étaient traités également par l'or ; celui-ci n'a nullement favorisé une cicatrisation préparée par des conditions collapsothérapiques favorables, ou bien n'a pas empêché l'autre poumon de succomber à l'invasion du bacille de Koch. Le rôle de l'or a donc été nul.

3° Malades dont la collapsothérapie n'était pas satisfaisante radiologiquement associée aux sels d'or.

84 malades n'ont tiré aucun bénéfice de cette association.

Ce groupe de malades se présentait avec un pneumothorax partiel, très limité, parfois contro-électif, souvent bridé par de nombreuses adhérences, que la pleuroscopie révélait insecable. Aussi, on aurait pu espérer de l'association avec l'or un bénéfice qui n'a pas été réalisé.

Comme dans les mauvais pneumothorax, les lésions n'ont nullement été influencées de façon favorable, les cavernes ont persisté béantes, ont parfois épaissi leur coque, de nouveaux foyers ont évolué, et dans tous les cas, on a eu un résultat qui laissait présager l'avenir le plus sombre.

Là encore, par conséquent, l'or n'a empêché aucune évolution, les lésions primitives ne se sont pas cicatrisées, bien au contraire, de nouvelles poussées se sont faites dans le parenchyme.

4° Malades dont le traitement a été uniquement aurique.

A) 60 malades ainsi traités n'ont obtenu aucun résultat favorable, ou sont restés stationnaires, ou se sont aggravés.

Ces malades présentaient des lésions où la collapsothérapie était contre-indiquée du fait de leur exten-

sion, ou bien, plus souvent, cette collapsothérapie tentée se révélait impossible et la seule arme dont on pouvait disposer, était l'or.

Arme bien décevante, puisque nous avons enregistré des échecs nombreux. C'est chez ces malades qu'on a vu des géodes se fixer dans leur forme entourées d'une sclérose qui rendait vaine les tentatives chirurgicales. Il est à remarquer que les formes les plus variées ont été soumises à cette thérapeutique, avec un résultat analogue, quelles que soient les doses employées.

Les cavernes ont persisté, des infiltrats se sont excavés, la sclérose s'y est faite au milieu de processus jeunes. Donc, là encore, les sels d'or ont échoué.

B) 15 malades ont retiré un bénéfice certain de l'aurothérapie. Mais il est à remarquer que ces malades présentaient en général des formes très discrètes, et on est en droit de se demander si le repos n'eût pas été à lui seul suffisant pour obtenir les mêmes résultats.

Nous avons relaté des observations de géodes qui ont disparu, mais elles étaient peu volumineuses et le fait n'est pas exceptionnel de voir les petites géodes apicales se cicatriser spontanément.

Le repos ayant toujours été associé à l'or, dont les quantités employées furent bien minimales, on peut conserver un doute sur l'action réelle de l'or dans de pareils cas.

Ces améliorations représentent 2,7 % des traitements entrepris et 5,4 % de ceux qui ont reçu plus d'un

gramme d'or, ce qui nous rapproche du pourcentage des guérisons spontanées.

En résumé, de ces observations, nous avons retiré l'impression que l'or a été la plupart du temps employé en pure perte. Peu de résultats favorables lui sont imputables, ce qui — à notre avis — le montre clairement, c'est le fait que les malades n'ont eu d'autre fortune que celle de la thérapeutique associée à l'or.

Cette thérapeutique était-elle bonne ? Les malades ont en général été très améliorés, leur image radiologique est redevenue sensiblement normale.

Quand la thérapeutique collapsothérapique a échoué parce qu'elle était incomplète, ou même lorsque étant parfaite, elle n'a pas été suivie de résultat, l'or n'a nullement aidé à la guérison, ni empêché l'extension des lésions. Il n'a eu de rôle ni préventif, ni curatif.

Employé seul, ses résultats ont été le plus fréquemment mauvais.

On n'a guère que des accidents à lui imputer et ceci de façon certaine.

OBSERVATIONS

COLLAPSOTHERAPIE RADIOLOGIQUEMENT PARFAITE ASSOCIEE A L'OR

F. M. L. OBS. 58. — 10 ans. 15 septembre 1933 au 13 avril 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse sommet droit. PNo droit associé à 1 gr. 25 d'or. Vue en 1938. Le PNo est abandonné. Il n'y a que quelques taches dans les deux champs.

S. A. OBS. 65. — 12 ans. 9 décembre 1933 au 29 juin 1938.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite. Traitée par PNo droit et 2 gr. d'or. L'autre côté évolue ; on fait un PNo gauche et en 1938 la malade a deux PNo dont les moignons sont clairs.

P. H. OBS. 99. — 13 ans. Suivie du 16 mai 1934 au 23 octobre 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale, traitée par un bon PNo gauche et 1 gr. 60 d'or. Bon résultat. Clarification complète des deux champs pulmonaires.

R. Y. OBS. 129. — Séjour du 24 janvier 1935 au 17 mai 1936.

Infiltrat précoce excavé de la base gauche. Reçoit 2 gr. d'or associés à un excellent PNo gauche. Nettoyage parfait en 1938.

L. M. OBS. 157. — 10 ans. Suivie du 17 juin 1935 au 9 janvier 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse de tout le poumon gauche. Tramite droite. Reçoit 2 gr. d'or associés à un PNo gauche. Part améliorée.

M. A. OBS. 4588. — Suivie du 25 octobre 1929 au 21 avril 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse droite traitée par 1 gr. d'or et un excellent PNo droit qui donne une image de guérison radiologique.

J. F. OBS. 4659. — 19 ans. Suivie du 23 avril 1934 au 12 juillet 1938.

Tuberculose ulcérée des deux sommets avec semis miliaire dans les deux champs. Reçoit 4 gr. d'or. Aucun résultat. On fait un PNo gauche en juillet 1934, complété par S. B. puis un PNo droit en janvier 1935. En 1938 aspect radiologique clair. Les cavernes sont remplacées par de très petites taches fibreuses.

B. J. OBS. 4754. — 22 ans. Suivie du 8 août 1930 au 21 octobre 1937.

Tuberculose ulcéro-fibreuse bilatérale. 0 gr. 75 d'or provoquent une albuminurie, accompagnée de conjonctivite bilatérale, puis d'eczéma bilatéral, localisé aux conduits auditifs, à la conque et au sillon rétroauriculaire. Le 4 juillet 1933 on fait un PNo droit, on envoie la malade en altitude. Revue en 1937, la malade paraît guérie.

A. J. OBS. 5032. — 17 ans. Suivie du 3 janvier 1932 au 28 juin 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale, qui a reçu à divers séjours 3 gr. d'or. Le PNo étant impossible, pour l'améliorer on fait une thoracoplastie droite en janvier 1937 qui semble enfin stabiliser la malade.

C. M. OBS. 5044. — 22 ans. Suivie du 3 octobre 1931 au 1^{er} mars 1935.

Tuberculose ulcéro-fibreuse droite, traitée par PNo droit après échec de 1 gr. d'or arrêté pour albuminurie. Part en excellent état radiologique.

Ch. J. OBS. 5102. — 35 ans. 7 juillet 1932 au 11 novembre 1932.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par bon PNo droit et 4 gr. d'or. Vue en 1938, conserve un PNo à moignon clair. Peut être considérée comme guérie.

B. V. OBS. 5136. — 22 ans. Séjour du 26 juillet 1932 au 11 février 1933.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale prédominant à droite, traitée par 4 gr. 50 d'or et PNo droit. La malade part avec un nettoyage radiologique.

A. N. OBS. 5143. — 21 ans. Suivie du 7 avril 1932 au 30 septembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par 8 gr. d'or sans résultat. Une phrénicectomie faite le 1^{er} février 1933 permet à la malade de retrouver un poumon parfaitement clair.

B. M. OBS. 5153. — 28 ans. Suivie du 19 août 1932 au 18 mai 1934.

Tuberculose fibro-caséreuse du lobe supérieur droit, traitée par 3 gr. d'or associés à un PNo droit. La malade part avec une image de guérison radiologique.

M. B. OBS. 5227. — 18 ans. Séjour du 11 janvier 1933 au 30 mai 1933.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche qui reçoit 3 gr. d'or associés à un excellent PNo gauche. Résultat excellent.

L. C. OBS. 5164. — Suivie du 9 décembre 1932 au 27 juillet 1938.

Tuberculose ulcéro-caséeuse droite avec grosse géode au sommet. Infiltrat parahilaire gauche. Traitée par 4 gr. 25 d'or associés à un PNo droit. Bon résultat malgré une adhérence apicale. Nettoyage à gauche.

L. E. Obs. 5234. — 28 ans. Séjour du 15 janvier 1933 au 21 mai 1933.

Tuberculose ulcéro-caséeuse gauche, traitée par PNo gauche et 4 gr. d'or. La malade part en excellent état radiologique.

D. J. Obs. 5241. — 32 ans. Séjour du 31 janvier 1933 au 21 juin 1933.

Tuberculose ulcéro-fibreuse droite, traitée par 1 gr. d'or associé à un excellent PNo. La malade part en bonne voie.

M. A. Obs. 5285. — 29 ans. Suivie du 6 avril 1933 à décembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche. Reçoit 1 gr. 15 d'or associés à un excellent PNo droit, qui permet à la malade de partir avec des poumons clairs.

G. A. Obs. 5286. — 30 ans. Séjour du 6 avril 1933 au 11 septembre 1933.

A reçu 2 gr. d'or pour tuberculose ulcéreuse droite limitée. Une anémie à 2.300.000 G. R. avec 70 % d'hémoglobine a fait cesser le traitement. Ce taux est remonté après l'arrêt de l'or, mais ultérieurement la malade a présenté des ecchymoses spontanées, multiples. La caverne s'est totalement oblitérée après une phrénicectomie.

B. A. Obs. 5288. — 31 ans. Suivie du 14 avril 1933 au 20 septembre 1937.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale ulcérée à gauche. Traitée par 2 gr. 75 d'or associés à un excellent PNo gauche, qui met la malade en excellente voie. En 1937 rien à droite. PNo gauche très collabé.

B. I. OBS. 5293. — 18 ans. Suivie d'avril 1933 à mars 1937.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par PNo droit et 4 gr. d'or. Excellent résultat à droite, mais évolution à gauche, traitée par PNo gauche, qui donne une guérison radiologique.

M. C. OBS. 5302. — 30 ans. Suivie du 8 mai 1933 au 6 février 1938.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par 4 gr. d'or associés à un excellent PNo gauche. Revue en 1938, présente un excellent état radiologique.

G. I. OBS. 5304. — 16 ans. Séjour du 11 mai 1933 au 25 octobre 1933.

Lésions ulcéro-caséuses droites, traitées par un PNo droit en même temps qu'elle reçoit 1 gr. 25 d'or. Elle part en bonne voie.

D. P. OBS. 5311. — 34 ans. Séjour du 16 mai 1933 au 23 janvier 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche étendue. On fait un PNo droit, 0 gr. 25 d'or avait déclanché une forte albuminurie. La malade part en bonne voie.

M. A. OBS. 5312. — 19 ans. Séjour du 16 mai 1933 au 11 décembre 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite traitée par 4 gr. d'or et un bon PNo droit. La malade part en bonne voie.

Be. M. OBS. 5333. — 17 ans. Séjour du 9 juin 1933 au 14 décembre 1933.

Tuberculose fibro-caséuse du sommet droit traitée par un excellent PNo droit et 1 gr. 50 d'or. Vue en 1938 n'a plus son PNo et présente des calcifications à la place de ses anciennes lésions.

B. L. OBS. 5335. — 28 ans. Séjour du 16 juin 1933 au 3 mars 1934.

Lobite supérieure droite traitée par un excellent PNo droit et 4 gr. d'or. En 1938, résultat radiologique excellent.

Ca C. OBS. 5351. — 16 ans. Séjour du 20 juillet 1933 au 10 février 1934.

Tuberculose fibro-caséuse ulcérée du sommet gauche traitée par un bon PNo et 4 gr. d'or. Nettoyage radiologique en 1938.

T. A. OBS. 5383. — 27 ans. Séjour du 19 septembre 1933 au 19 juin 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche. On institue un PNo gauche parfait après S. B. La malade reçoit en outre 2 gr. d'or. Elle part en bonne voie.

R. G. OBS. 5373. — 25 ans. Suivie du 2 septembre 1933 au 15 février 1934.

Tuberculose caséuse gauche, traitée par 4 gr. d'or et PNo parfait. Part en bon état.

F. M. OBS. 5391. — 42 ans. Séjour du 6 octobre 1933 au 7 décembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, qui reçoit 4 gr. 50 d'or associés à une phrénicectomie droite. Nettoyage général au départ et en 1935 aucune image pathologique ne subsiste.

L. M. OBS. 5403. — 29 ans. Séjour du 27 octobre 1933 au 27 décembre 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale qui est traitée par PNo droit et phrénicectomie gauche et reçoit 1 gr. d'or. Les géodes ont disparu lors de son départ.

T. I. OBS. 5434. — 26 ans. Séjour du 8 janvier 1934 au 10 avril 1936.

Tuberculose ulcéro-fibreuse du sommet droit, traitée par 4 gr. d'or. On a essayé en vain un PNo droit. Après une phrénicectomie, la malade présente une image pulmonaire normale et va bien.

M. M. OBS. 5443. — 18 ans. Suivie du 25 janvier 1934 au 13 octobre 1934.

Tuberculose fibro-caséuse droite, traitée par excellent PNo droit associé à 4 gr. d'or. Vue en 1936, présente des poumons clairs.

P. T. OBS. 5444. — 31 ans. Séjour du 25 janvier 1934 au 6 juillet 1935.

Lobite supérieure droite traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo droit sans effet jusqu'à S. B. Celle-ci pratiquée le PNo est excellent et en 1938 la malade présente un aspect radiologique de guérison.

Ch. A. OBS. 5468. — 20 ans. Séjour du 9 mars 1934 au 21 octobre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite traitée par un excellent PNo et 1 gr. d'or. Très bon résultat. La malade vue en 1936 présente des cicatrices fibreuses de ses cavernes.

Cl. L. Y. OBS. 5508. — 16 ans. Séjour du 23 mai 1934 au 14 février 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit. Reçoit 4 gr. d'or associés à un excellent PNo droit. La malade part avec un état radiologique satisfaisant.

R. M. OBS. 5512. — 23 ans. Séjour du 31 mai 1934 au 29 novembre 1934.

Volumineuse caverne du sommet droit. On fait 4 gr. d'or en même temps qu'on commence un PNo droit. Puis le 22 juillet 1934 on associe une phrénicectomie. La malade part avec une guérison radiologique complète qui se maintient en 1936.

V. D. OBS. 5515. — 23 ans. Séjour du 15 mai 1934 au 30 juin 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse gauche. Poumon droit à trame chargée. Reçoit 4 gr. avec un excellent PNo gauche après S. B. La malade part en parfait état de nettoyage radiologique.

C. I. OBS. 5530. — 29 ans. Suivie du 12 juin 1934 au 27 mai 1938.

Tuberculose ulcéro-caséreuse du sommet gauche, traitée par un excellent PNo gauche et 2 gr. d'or. En 1938 aspect radiologique de guérison.

V. M. OBS. 5541. — 15 ans. Séjour du 28 juin 1934 au 11 avril. 1935.

Tuberculose ulcéreuse du sommet avec infiltrat de la base droite qui reçoit 3 gr. de sel d'or associés à une phrénicectomie. Guérison radiologique complète constatée en 1936.

L. L. OBS. 5550. — 20 ans. Séjour du 2 juillet 1934 au 14 janvier 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse du sommet gauche. Reçoit 3 gr. 50 d'or associés à un PNo gauche complété par S. B. La malade part en excellent état radiologique.

M. E. OBS. 5551. — 20 ans. Séjour du 3 juillet 1934 au 25 avril 1935.

Tuberculose fibro-caséuse droite qui reçoit 4 gr. d'or. Un PNo ayant été impossible et l'or sans résultat, on fait une phrénicectomie. La malade part avec une bande de sclérose au sommet droit.

- B. Y. OBS. 5555. — 20 ans. Séjour du 13 juillet 1934 au 6 mars 1935.

Lobite supérieure droite, traitée par PNo droit satisfaisant et 4 gr. d'or. Va parfaire sa guérison en altitude.

- Cr. H. OBS. 5568. — 20 ans. Séjour 30 juillet 1934 au 15 octobre 1935.

Tuberculose fibro-caséuse peu étendue du sommet gauche. Echec du PNo. Reçoit 2 gr. d'or associés à une phrénicectomie, ce qui laisse partir la malade en excellent état radiologique.

- E. B. OBS. 5570. — 17 ans. Séjour du 1^{er} août 1934 au 20 mai 1937.

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet gauche. Reçoit 1 gr. 75 d'or associés à un excellent PNo gauche. La malade vue en 1938 est guérie.

- B. M. OBS. 5598. — 17 ans. Séjour du 27 septembre 1934 au 1^{er} février 1935.

Tuberculose ulcéreuse gauche. Reçoit 4 gr. d'or associés à un excellent PNo. Les géodes se sont complètement effacées.

- L. R. OBS. 5602. — 40 ans. Séjour du 4 octobre 1934 au 12 novembre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par 3 gr. d'or associés à un PNo droit. Malgré un collapsus imparfait, part sans aucune image suspecte dans le poumon droit.

- Bl. E. OBS. 5636. — 17 ans. Séjour du 24 janvier 1935 au 30 décembre 1935.

Tuberculose micro-nodulaire gauche, traitée par PNo gauche et 4 gr. d'or. Quitte le Sana avec un poumon parfaitement clair. Revue en 1937, garde ce bon résultat.

F. M. OBS. 5661. — 21 ans. Séjour du 8 février 1935 au 18 mai 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite ; léger infiltrat sous claviculaire gauche. Traitée par PNo droit et 1 gr. d'or suspendu pour albuminurie. La malade quitte le service en bonne voie et est revue en 1936, guérie radiologiquement.

D. M. OBS. 5677. — 31 ans. Séjour du 16 février 1935 au 8 février 1936.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale ulcérée à droite. Reçoit 2 gr. 50 d'or. Après échec de la tentative de PNo droit, on fait une phrénicectomie, qui permet à la malade de partir en excellent état.

C. M. OBS. 5687. — 26 ans. Séjour du 26 mars 1935 au 7 octobre 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse des deux sommets, traitée par PNo droit excellent, associé à 2 gr. 25 d'or. Revue en 1937, présente des poumons clairs.

G. S. OBS. 5692. — 35 ans. Séjour du 22 novembre 1934 au 24 octobre 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse droite traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo droit. Excellent résultat au départ.

D. M. OBS. 5692 *bis*. — 20 ans. Séjour du 2 février 1935 au 16 mars 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite avec infiltrat gauche. Reçoit 4 gr. d'or associés à un bon PNo droit. Excellent résultat en 1938. Conserve son PNo.

P. A. OBS. 5698. — 29 ans. Séjour du 12 avril 1935 au 24 novembre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par PNo droit associé à 2 gr. d'or arrêté pour albuminurie et aurides. Vue en 1938, la malade présente un poumon qui semble en parfait état radiologique.

Th. A OBS. 5706. — 20 ans. Séjour du 17 avril 1935 au 27 octobre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, avec infiltrat sous-claviculaire droit. Traitée par un excellent PNo gauche et 1 gr. 50 d'or. Excellent résultat à la sortie. Revue en décembre 1937, la malade est radiologiquement guérie.

Cr. R. OBS. 5713. — 33 ans. Séjour du 3 mai 1935 au 17 mars 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche traitée par bon PNo et 4 gr. d'or. Résultat excellent ; nettoyage radiologique complet en 1938.

M. X. OBS. 5716. — 19 ans. Suivie du 4 mai au 19 octobre 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse de la base gauche, traitée par PNo gauche et 4 gr. d'or. Quitte le Sana avec une image de nettoyage radiologique.

Bl. A. OBS. 5726. — 31 ans. Suivie du 1^{er} juin 1936 au 17 juillet 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale traitée par PNo gauche. Evolue à droite et reçoit 1 gr. d'or mal supporté. On crée alors un PNo droit. La malade part en ne présentant plus que des travées fibreuses dans les deux champs pulmonaires.

R. I. OBS. 5729. — 17 ans. Suivie du 4 juin 1935 au 12 février 1937.

Tuberculose fibro-caséuse gauche traitée par un excellent PNo gauche et 4 gr. d'or. En 1937, l'image radiologique est sensiblement normale.

B. M. OBS. 5745. — 29 ans. Suivie du 24 juin 1935 au 16 février 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par un excellent PNo droit et 4 gr. d'or. Part radiologiquement guérie.

J. J. OBS. 5758. — 18 ans. Séjour du 9 juillet 1935 au 19 juillet 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par 3 gr. d'or associés à un PNo droit qui permet à la malade de partir en bon état. Vue en 1936, la malade, dont le PNo s'est symphysé, va parfaitement bien, avec un voile radiologique homogène à droite.

L. V. OBS. 5761. — 16 ans. Séjour du 12 juillet 1935 au 28 février 1936.

Tuberculose ulcéreuse du sommet gauche. Reçoit 4 gr. d'or. Après impossibilité de PNo, on fait une phrénicectomie et la malade part avec un poumon parfaitement nettoyé.

P. M. OBS. 5781. — 24 ans. Séjour du 25 juillet 1935 au 16 juin 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par 3 gr. d'or associés à un excellent PNo droit. Revue en 1937, la malade est radiologiquement guérie.

D. I. OBS. 5799. — 26 ans. Séjour du 17 septembre 1935 au 24 février 1936.

Tuberculose ulcéreuse juxta hilaire gauche. Reçoit 4 gr. d'or associés à un excellent PNo gauche. Guérison radiologique au départ.

E. G. OBS. 5801. — 29 ans. Suivie du 27 septembre 1935 au 21 mai 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par 2 gr. d'or et une phrénicectomie, le PNo étant impossible. Au départ, elle ne présente plus que des travées fibreuses et revue en février 1937, elle est en bon état.

U. A. OBS. 5809. — 16 ans. Séjour du 5 octobre 1935 au 16 mai 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche traitée par un bon PNo gauche associé à 4 gr. d'or. Le résultat a été excellent après association d'une phrénicectomie gauche.

G. M. OBS. 5822. — 32 ans. Suivie du 2 décembre 1935 au 25 juin 1938.

Tuberculose ulcérée du sommet gauche traitée par un bon PNo gauche associé à 1 gr. d'or. Guérison radiologique.

F. M. OBS. 5840. — 23 ans. Suivie du 24 janvier 1936 au 23 décembre 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche traitée par PNo gauche et 2 gr. 90 d'or qui provoquent un purpura disséminé le 24 avril 1936 et une gingivite hémorragique. Ce purpura récidive un mois après, et au moment des règles, des plaques purpuriques réapparaissent. Le 8 décembre 1936, on trouve encore de l'or dans les urines. Revue en 1938, la malade va très bien.

B. J. OBS. 5855. — 25 ans. Suivie du 28 février 1936 au 29 novembre 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse du sommet gauche. Reçoit au début du séjour 4 gr. d'or. Le PNo ayant été impossible, on fait une phrénicectomie et la

malade quitte le Sana en 1937, avec des poumons parfaitement clairs.

R. V. OBS. 5870. — 27 ans. Suivie du 30 mars 1936 au 22 octobre 1936.

Tuberculose ulcéreuse droite, traitée par un bon PNo droit et 6 gr. d'or. Part avec des champs clairs.

Gr. L. OBS. 5874. — 29 ans. Suivie du 24 mars 1936 au 30 novembre 1936.

Tuberculose cavitaires hilaires droite traitée par PNo droit et 1 gr. 50 d'or arrêté pour éruption cutanée. Part avec une tache fibreuse à la place de l'énorme géode parahilaire d'entrée.

M. M. OBS. 5880 *bis*. — 15 ans. Suivie du 17 février 1936 au 23 juin 1938.

Lésions ulcéro-caséuses gauches traitées par PNo gauche associé à 2 gr. d'or. On adjoint une phrénicectomie au PNo gauche et la malade vue en 1938, présente des poumons d'aspect sensiblement normal.

R. E. OBS. 5882. — 25 ans. Séjour du 15 avril 1936 au 13 mars 1937.

Lobite supérieure droite, traitée sans aucun résultat par 3 gr. 75 d'or. Le 3 novembre 1936, on fait une thoracoplastie supérieure droite après une phrénicectomie sans résultat. En 1938, on a revu la malade, qui va bien.

L. G. OBS. 5911. — 35 ans. Suivie du 1^{er} octobre 1936 au 12 juillet 1938.

Infiltrat sous-claviculaire droit, évolutif, traité par 1 gr. 25 d'or associés à un PNo droit. La malade, qui fut enceinte par la suite, est revue le 12 juillet 1938, et ne présente plus aucune lésion radiologique.

G. J. OBS. 5922. — 16 ans. Suivie du 18 juin 1936 au 24 avril 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche traitée par un excellent PNo gauche et 1 gr. 15 d'or. Excellent résultat radiologique.

B. D. OBS. 5947. — 21 ans. Suivie du 21 août 1934 au 4 mars 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche traitée par 2 gr. 25 d'or associés à une phrénicectomie après échec du PNo gauche. Excellent résultat, la lésion primitive ayant fait place à une tache calcaire.

G. A. 21 ans. — Tuberculose unilatérale dépistée en octobre 1937. Un médecin consulté, fait de l'or. Amélioration de l'état général, qui donne l'illusion de la guérison. Mais rechute en mai 1938, qui impose un PNo droit pour lésions ulcéro-caséuses. Suivi d'un PNo gauche. Malade en bonne voie après section de brides.

S^r D. I. — 39 ans. 25 mars 1935 au 30 août 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse du sommet gauche. Reçoit 1 gr. 50 d'or associé à un bon PNo gauche. Résultat satisfaisant. Part en bonne voie.

S. R. — 25 ans. 5 octobre 1935 au 28 décembre 1935.

Infiltrat discret du sommet gauche. Reçoit 2 gr. 25 d'or avec un PNo gauche. Vue en 1938, ne présente aucune lésion pulmonaire.

COLLAPSOTHERAPIE RADIOLOGIQUEMENT SATISFAISANTE ASSOCIEE A L'OR

Résultats médiocres ou incomplets.

E. V. OBS. 4971. — 19 ans. Suivie du 18 septembre 1931 au 7 octobre 1933.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche. On crée un PNo gauche et on associe 4 gr. d'or en deux fois. Ceci n'empêche pas une évolution à droite, qu'on traite par un PNo droit. En mai 1935, alors que son état pulmonaire était bon, la malade a fait une crise convulsive épileptiforme.

P. M. OBS. 4977. — 27 ans. Suivie du 29 septembre 1931 au 2 décembre 1933.

Lobite supérieure droite. A reçu deux séries de 4 gr. d'or et a eu une phrénicectomie le 27 octobre 1931. Vue en 1933, il y a une amélioration nette.

P. C. OBS. 4991. — 29 ans. Suivie du 26 octobre 1931 au 19 août 1935.

Malade qui a reçu 4 gr. d'or au cours d'une pleurésie purulente du PNo droit créé pour lésions ulcéro-caséuses. Aucune action de l'or. Une thoracoplastie a été faite qui a rétabli la malade.

P. J. OBS. 5054. — 24 ans. Suivie du 25 avril 1933 au 7 juin 1936.

Tuberculose fibro-caséuse gauche, traitée par 9 gr. d'or et un PNo gauche qui s'est symphysé. La malade guérie à gauche, présente en juin 1936, une nébuleuse sous-claviculaire droite.

T. R. OBS. 5096. — 17 ans. Suivie du 30 mai 1932 au 20 avril 1934.

Lésions ulcéro-caséuses gauches, traitées par un excellent PNo gauche. A reçu 7 gr. d'or en deux fois. L'or a déterminé une albuminurie transitoire et des aurides cutanées d'une part, et d'autre part, une poussée fluxionnaire.

D. H. OBS. 5114. — 34 ans. Séjour du 21 juin 1932 au 28 janvier 1933.

Lobite supérieure droite traitée par 5 gr. d'or associés à un bon PNo droit. Revue en 1938, la malade va bien malgré un pyothorax chronique.

G. J. OBS. 5194. — 20 ans. Séjour du 18 novembre 1932 au 7 juin 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche traitée par PNo gauche et 3 gr. d'or, qui a déterminé une stomatite. Les lésions ne sont pas complètement disparues à la sortie.

D. E. OBS. 5216. — 20 ans. Séjour du 17 décembre 1932 au 29 juillet 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche. Le PNo gauche a été impossible, 4 gr. d'or n'ont aucune efficacité. Une phrénicectomie est faite en juin 1933, qui montre déjà une amélioration en juillet.

G. A. OBS. 5231. — 23 ans. Suivie du 10 janvier 1933 au 1^{er} juin 1933.

Tuberculose fibro-caséuse droite. Traitée par PNo droit et 3 gr. 50 d'or, qui provoquent une albuminurie. Le PNo amorce un nettoyage radiologique.

P. L. OBS. 5255. — 20 ans. Séjour du 28 février 1933 au 8 octobre 1933.

Lésions ulcéro-caséuses très étendues à gauche. Nébuleuses disséminées à droite. Reçoit 4 gr. d'or et un PNo gauche. Part très améliorée.

F. M. OBS. 5261. — 41 ans. Séjour du 7 mars 1933 au 7 septembre 1933.

Tuberculose fibro-caséuse gauche à évolution lente. Reçoit 4 gr. d'or sans aucun résultat. Le PNo étant impossible, une phrénicectomie est faite qui amène une amélioration importante.

B. J. OBS. 5288. — 31 ans. Suivie du 14 mars 1933 au 10 septembre 1937.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, avec taches miliaires à droite. Traitée par un PNo gauche et 5 gr. d'or en deux fois. Vue en 1937, la malade est améliorée.

B. I. OBS. 5309. — 16 ans. Séjour du 15 mai 1933 au 12 février 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par PNo gauche et 2 gr. 25 d'or suspendus pour albuminurie. Résultat radiologique paraissant favorable.

D. A. OBS. 5317. — 25 ans. Suivie du 26 avril 1933 au 9 juin 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, avec taches miliaires à droite. Reçoit 2 gr. 25 d'or associés à un PNo gauche qui nettoie ce côté malgré une symphyse précoce. En 1936, elle reçoit 0 gr. 75 d'or associés à un PNo droit qui met la malade en bonne voie, mais elle quitte prématurément le Sana.

P. R. OBS. 5371. — 21 ans. Suivie du 24 août 1933 au 24 août 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche. Reçoit 3 gr. 75 d'or arrêtés pour albuminurie associés à un PNo gauche. Amélioration nette.

A. J. OBS. 5381. — 20 ans. Suivie du 19 septembre 1933 au 2 mars 1937.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo gauche. L'ensemble est inefficace et une thoracoplastie est pratiquée, qui laisse une fistule.

B. E. OBS. 5417. — 18 ans. Séjour du 6 décembre 1933 au 23 juin 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche traitée, après échec du PNo, par 4 gr. d'or et une phrénicectomie gauche, qui fait presque disparaître une géode sous-claviculaire.

B. M. OBS. 5424. — 25 ans. Séjour du 6 décembre 1933 au 7 mars 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par 1 gr. 40 d'or et un PNo peu efficace. Une phrénicectomie et l'altitude permettent à la malade de s'améliorer.

A. J. OBS. 5430. — 27 ans. Séjour du 9 janvier 1934 au 23 juin 1934.

Tuberculose miliaire gauche, traitée par 1 gr. 25 d'or et un PNo gauche qui améliore la malade.

L. L. OBS. 5431. — 20 ans. Séjour du 11 janvier 1934 au 7 décembre 1936.

Tuberculose fibro caséuse bilatérale traitée par PNo bilatéral et 8 gr. d'or. La malade part nettement améliorée.

G. E. OBS. 5440. — 26 ans. Séjour du 23 janvier 1934 au 2 mars 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par un PNo droit et 1 gr. 50 d'or. Mais le PNo droit se symphyse au bout d'un an et on fait une phrénicectomie. La malade part améliorée.

F. J. OBS. 5461. — 21 ans. Suivie du 26 février 1934 au 18 mars 1938.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale, qui est traitée d'abord par 4 gr. d'or sans résultat. Puis, le 20 juillet 1934, on fait un PNo gauche et le 4 août 1934, un PNo droit, qui mettent la malade en bonne voie. Par suite d'un travail trop précoce, ses PNo s'étant symphysés, elle présente, en 1938, quelques nébuleuses au sommet gauche. On l'envoie en montagne.

B. E. OBS. 5466. — 31 ans. Séjour du 8 mars 1934 au 26 février 1935.

Arrêt après 0 gr. 85 d'or fait pour tuberculose ulcéro-caséreuse droite. Phrénicectomie après échec des tentatives de PNo droit. La malade sort améliorée, avec lésions en voie de transformation scléreuse.

P. G. OBS. 5470. — 22 ans. Séjour du 6 mars 1934 au 29 septembre 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite avec infiltrat parahilaire gauche, traitée par 5 gr. d'or et un excellent PNo qui permet à la malade de partir améliorée. Mais à la fin de la série d'or, en février 1935, la malade a présenté une parakératose psoriasiforme des deux bras.

F. I. OBS. 5479. — 22 ans. Séjour du 19 mars 1934 au 4 août 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche avec champ criblé de nodules miliaires. Reçoit 1 gr. d'or associé

à un PNo gauche qui permet à la malade de partir améliorée.

- L. J. OBS. 5484. — 27 ans. Séjour du 4 avril 1934 au 20 avril 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse du lobe supérieur droit. Reçoit 3 gr. 50 d'or associés à un PNo droit qui, malgré une symphyse apicale, laisse partir la malade améliorée.

- A. B. OBS. 5615. — 33 ans. Suivie du 23 avril 1934 au 7 mai 1938.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche avec infiltrat diffus mais discret à droite. Traitée par 5 gr. d'or et un PNo gauche. Bon résultat du côté gauche, mais il persiste quelques taches à droite.

- G. G. OBS. 5698. — 29 ans. Séjour du 12 avril 1935 au 1^{er} octobre 1935.

Tuberculose ulcéro-fibreuse droite. Echec du PNo. Reçoit 4 gr. d'or associés à une phrénicectomie droite qui permet à la malade de partir améliorée.

- L. C. OBS. 5701. — 21 ans. Séjour du 9 avril 1935 au 26 avril 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse juxtahilaire droite traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo droit. L'effet est insuffisant et on adjoint une phrénicectomie en janvier 1936. La malade, revue en 1938, présente encore quelques taches discrètes.

- R. J. OBS. 5719. — 25 ans. Séjour du 11 mai 1935 au 21 novembre 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale traitée par un bon PNo droit et phrénicectomie gauche. Reçoit 2 gr. 25 d'or. Part avec quelques lésions encore visibles.

Cl. J. OBS. 5844. — 14 ans. Séjour du 23 mars 1934 au 5 février 1936.

Tuberculose ulcéro-fibreuse bilatérale des deux sommets. Reçoit 1 gr. 80 d'or et un PNo gauche qui se symphyse après épanchement. Part cependant améliorée.

D. M. OBS. 6127. — 31 ans. Séjour du 6 septembre 1937 au 22 avril 1938.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale plus accentuée à gauche. On fait sans résultat 1 gr. 25 d'or. Puis à ce moment, on crée un PNo gauche qui nettoie le poumon gauche et améliore l'état du poumon droit.

S. M. A. — 24 ans. Séjour du 28 mars 1936 au 2 octobre 1936.

Lobite supérieure droite, traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo droit assez bon. Il persiste en 1938 quelques taches dans le parenchyme droit.

L. C. — 30 ans. 14 mai 1936 à 1938.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale à l'entrée. On avait fait en 1930 quinze injections auriques. Cinq ans se passent avec des incidents divers, si bien qu'en 1936, on est amené à la création d'un PNo bilatéral. En 1938, les poumons sont dans un état satisfaisant, mais il existe un pyothorax gauche.

COLLAPSOTHERAPIE RADIOLOGIQUEMENT NON SATISFAISANTE ASSOCIEE AUX SELS D'OR

D. G. OBS. 61. — 10 ans. Séjour du 22 novembre 1933 au 20 octobre 1935.

Tuberculose évolutive du poumon droit, traitée par PNo droit et 2 gr. d'or. Le poumon est hépatisé, la malade part avec une volumineuse caverne du poumon droit et décède en décembre 1936.

V. M. OBS. 63. — 16 ans. Séjour du 28 novembre 1933 au 3 février 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet droit. Reçoit 2 gr. d'or associés à un PNo inopérant qu'on abandonne. Décès.

R. E. OBS. 4879. — Suivie du 22 avril 1931 au 10 avril 1935.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale qui a évolué malgré un PNo bilatéral et 8 gr. d'or.

P. A. OBS. 4940. — 33 ans. Suivie du 9 juillet 1931 à novembre 1934.

Au cours d'un PNo g., fait une bilatéralisation droite traitée par 2 gr. 50 d'or, qui restent sans effet. Un PNo droit est fait qui reste partiel et n'empêche pas l'évolution des lésions.

A. M. OBS. 5237. — 23 ans. Séjour du 24 janvier 1933 au 3 août 1933.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, avec nébuleux à droite. Traitée par 1 gr. 25 d'or, associé à un PNo gauche. Bon résultat à gauche, mais présente en 1936 des signes d'évolution à droite.

R. B. OBS. 5251. — Suivie du 18 juillet 1933 au 20 février 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale, traitée par PNo bilatéral complété par S. B. On a fait deux séries de 4 gr. d'or. Mais la malade a un épanchement bilatéral purulent, qui l'incite à aller voir le Docteur Marbey, dont la thérapeutique n'a pas plus de succès.

M. J. OBS. 5267. — Suivie du 20 octobre 1931 au 25 mars 1937.

Lésions bilatérales excavées des bases que 25 gr. de sels d'or faits auparavant n'ont pas modifiées. Dès l'entrée, on fait une phrénicectomie droite et on y associe 4 gr. 50 d'or. La géode basale droite diminue. La malade part alors à Hauteville, où on fait une phrénicectomie gauche. Elle revient ensuite au Sana Ste-Eugénie, où on fait à nouveau 3 gr. d'or, puis repart à Hauteville et revient à Ste-Eugénie avec des signes cavitaires aux deux bases. Un PNo gauche est tenté et échoue. On fait un PNo extrapleurale chirurgical droit le 24 mars 1937 et la malade décède le lendemain, à la suite d'œdème pulmonaire.

En somme, la malade a reçu sans aucun résultat 32 gr. 50 d'or. La double phrénicectomie avait fait diminuer légèrement les lésions et avait permis une vie presque normale dans l'intervalle des séjours au Sanatorium.

P. M. OBS. 5268. — 23 ans. Séjour du 14 mars 1933 au 12 septembre 1933.

Tuberculose fibro-caséuse droite, excavée au sommet. PNo gauche créé le 17 mars 1933, insuffisant par suite de nombreuses brides. On associe 2 gr. 25 d'or, qu'on arrête pour albuminurie. Evolution ultérieure qui n'a pu être favorable qu'à la faveur d'une section de brides.

G. R. OBS. 5308. — 25 ans. Séjour du 15 mai 1933 au 9 février 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche et fibro-caséuse discrète à droite, traitée par 2 gr. 25 d'or associés à un PNo gauche qui amorce une amélioration, mais se symphyse. On adjoint une phrénicectomie gauche, mais la malade part avec une caverne sous-claviculaire gauche.

B. L. OBS. 5314. — 30 ans. Séjour du 13 mai 1933 au 8 août 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche qui reçoit 2 gr. d'or. Une phrénicectomie reste sans effet et il persiste une géode sous-claviculaire gauche associée à un infiltrat droit.

M. C. OBS. 5323. — 26 ans. Séjour du 23 mai 1933 au 12 août 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par un PNo droit et 1 gr. d'or. La caverne a diminué malgré la symphyse du PNo, la malade ayant été vue en octobre 1933.

I. J. OBS. 5325. — 56 ans. Séjour du 7 juin 1933 au 31 août 1933.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par 2 gr. 25 d'or et une phrénicectomie sans aucun résultat.

Z. N. OBS. 5327. — 19 ans. Séjour du 11 juin au 14 octobre 1933.

Tuberculose caséuse évolutive de la moitié inférieure gauche du poumon. Traitée par un PNo gauche et 2 gr. 50 d'or. Excellent résultat à gauche, mais part avec une nébuleuse à droite.

D. F. OBS. 5328. — 27 ans. Séjour du 14 juin 1933 au 26 octobre 1933.

Lobite supérieure droite excavée, traitée par 1 gr. 15 d'or, arrêté pour albuminurie et un PNo droit inefficace. Part sans résultat.

L. M. OBS. 5330. — 20 ans. Suivie du 11 juin 1933 au 25 juillet 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par PNo et 2 gr. 25 d'or, arrêtés pour albuminurie. Travail trop précocement et évolue à droite après un excellent résultat à gauche.

B. E. OBS. 5337. — 30 ans. Suivie du 23 juin 1933 au 15 décembre 1936.

Tuberculose fibro-caséuse droite ulcérée. On lui fait un PNo et 3 gr. 25 d'or arrêtés pour albuminurie. Mais le PNo se perfore, est suivi d'un fibro-thorax et la malade meurt en 1936 de l'évolution qui s'est poursuivie.

M. B. OBS. 5347. — 15 ans. Séjour du 23 juin 1933 au 29 novembre 1933.

Reçoit 1 gr. d'or associé à un PNo gauche pour tuberculose ulcéro-caséuse gauche. Mais mauvais résultat par suite de très nombreuses adhérences.

C. J. OBS. 5354. — 20 ans. Séjour du 25 juillet 1933 au 12 décembre 1935.

Tuberculose caséuse gauche et nodules miliaires à droite. On fait deux séries d'or de 4 gr. ; une stomatite apparaît à la fin de la deuxième série. Echec

du PNo gauche. On fait une phrénicectomie gauche, qui améliore la malade. Mais après un voyage, rechute avec extension considérable des lésions.

28 avril 1934.

S. L. OBS. 5361. — 36 ans. Séjour du 1^{er} août 1933 au
Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée en
vain par 3 gr. d'or. Un PNo gauche incomplet se perfore et la malade quitte le Sana en mauvais état.

A. L. OBS. 5368. — 18 ans. Suivie du 21 août 1933 au
24 novembre 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par
1 gr. d'or arrêté pour albuminurie. Evolue favorablement malgré un PNo droit et une phrénicectomie gauche.

F. A. OBS. 5369. — 30 ans. Suivie du 23 août 1933 au
24 mars 1934.

Tuberculose ulcéro-fibreuse des deux poumons,
plus accentuée à gauche. Reçoit 4 gr. d'or associés à
un mauvais PNo gauche peu améliorable. Mauvais
résultat.

D. A. OBS. 5380. — 25 ans. Séjour du 4 octobre 1933 au
9 mai 1934.

A reçu 3 gr. d'or pour tuberculose ulcéro-caséreuse
gauche, arrêtés pour albuminurie. Un PNo gauche
fait en même temps est très incomplet et reste sans
action.

C. A. OBS. 5384. — 19 ans. Suivie du 3 octobre 1933 au
20 janvier 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par
4 gr. d'or associés à un mauvais PNo gauche qui se
symphyse après un épanchement. Les lésions per-
sistent sans changement.

J. I. OBS. 5387. — 22 ans. Séjour du 10 octobre 1933 au 27 avril 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, qui reçoit 6 gr. d'or associés à un PNo gauche qui se symphyse après pleurésie et laisse persister les lésions.

P. S. OBS. 5393. — 21 ans. Séjour du 6 octobre 1933 au 7 décembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par 4 gr. d'or et une thoracoplastie. La malade meurt à la suite de vomissements incoercibles, inexpliqués après vérification anatomique.

M. L. OBS. 5394. — 33 ans. Séjour du 7 octobre 1933 au 12 mars 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par 4 gr. d'or et une phrénicectomie. Aucune amélioration.

S. E. OBS. 5396. — 21 ans. Suivie du 11 octobre 1933 au 10 avril 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par 4 gr. d'or et une phrénicectomie droite. Amélioration passagère suivie d'un retour offensif de la maladie.

G. J. OBS. 5408. — 20 ans. Séjour du 14 novembre 1933 au 9 avril 1934.

Tuberculose fibro-caséreuse du sommet gauche qui ayant un PNo gauche associé à une phrénicectomie gauche et 2 gr. 50 d'or, meurt de méningite.

B. L. OBS. 5416. — 32 ans. Séjour du 28 novembre 1933 au 17 février 1934.

Tuberculose fibro-caséreuse droite, traitée par PNo droit associé à 3 gr. d'or. Echec du PNo. On adjoint une phrénicectomie sans résultat.

A. L. OBS. 5419. — 26 ans. Séjour du 13 décembre 1933 au 10 février 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale avec énorme géode à la base droite. On fait concurremment et sans résultat une phrénicectomie droite, un PNo gauche et 2 gr. d'or.

M. M. OBS. 5427. — 20 ans. Séjour du 19 décembre 1933 au 7 juin 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par PNo gauche et 1 gr. d'or, arrêté pour albuminurie. Conserve une grosse géode sous-tendue par une bride.

V. T. OBS. 5438. — 26 ans. Séjour du 22 janvier 1934 au 10 octobre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale au cours de la grossesse. Traitée par 2 gr. d'or et un PNo gauche abandonné par négligence dans les suites obstétricales. On n'a pu le reprendre et malgré une phrénicectomie gauche, la malade va mal.

S. M. OBS. 5446. — 23 ans. Suivie du 30 janvier 1934 au 4 mars 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse traitée par un PNo droit et 4 gr. d'or. Une adhérence gêne le collapsus arrêté à la suite de symphyse et laissant persister une volumineuse géode.

E. M. OBS. 5453. — 23 ans. Séjour du 30 janvier 1934 au 8 novembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par 1 gr. d'or et un PNo droit. Un épanchement masque toute image pulmonaire.

D. L. OBS. 5456. — 24 ans. Séjour du 20 février 1934 au 3 mai 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, fibreuse à droite. Reçoit 2 gr. 50 d'or associés à un PNo gauche. Une amélioration se dessine, mais le collapsus est gêné par une bride et laisse persister une géode.

P. E. OBS. 5462. — 31 ans. Séjour du 26 février 1934 au 12 juillet 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par PNo droit associé à 2 gr. d'or. Bon résultat à droite. Mais revue en août 1935, la malade a creusé une géode gauche et est proposée pour un PNo bilatéral.

M. A. OBS. 5467. — 33 ans. Séjour du 8 mars 1934 au 21 octobre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale, traitée par 2 gr. 50 d'or et une phrénicectomie droite. Une grosse géode a disparu à droite, mais dans les deux champs, il en persiste de petites, noyées dans la sclérose.

M. J. OBS. 5477. — 37 ans. Séjour du 13 mars 1934 au 16 janvier 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale plus étendue à droite. Traitée par un PNo droit et 3 gr. 50 d'or. Excellent résultat à droite et amélioration à gauche, qui sont entravés par l'apparition d'un épanchement purulent.

C. M. OBS. 5480. — 41 ans. Séjour du 22 mars 1934 au 28 juin 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par 3 gr. d'or. Un PNo gauche a été inefficace. On associe une phrénicectomie, sans aucun résultat.

G. R. OBS. 5489. — 32 ans. Séjour du 17 avril 1934 au 30 juillet 1934.

Lobite supérieure droite traitée par un mauvais PNo et 4 gr. d'or. Les lésions persistent sans changement dans le moignon en 1937.

Ch. Y. OBS. 5498. — 21 ans. Suivie du 26 avril 1934 au 5 juin 1936.

Reçoit 4 gr. d'or en même temps qu'est fait un PNo gauche pour lésions ulcéro-caséuses gauches. Jusqu'en mai 1936, elle va bien. Mais elle fait alors une poussée broncho-pneumonique droite et meurt.

P. L. OBS. 5517. — 26 ans. Séjour du 20 mai 1934 au 4 mai 1935.

Tuberculose fibro-caséuse droite. A eu un PNo droit symphysé. Reçoit 1 gr. d'or associé à une phrénicectomie. Nettoyage incomplet des lésions.

T. G. OBS. 5518. — 36 ans. Séjour du 22 mai 1934 au 15 mai 1935.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale, traitée par PNo droit et 4 gr. d'or. Après une amélioration passagère, fait une poussée évolutive à gauche.

C. M. OBS. 5526. — 19 ans. Séjour du 25 septembre 1934 au 5 juin 1935.

Tuberculose broncho-pneumonique de la base gauche, avec trame accentuée à droite. Malgré 2 gr. 25 d'or et un PNo gauche, l'évolution se poursuit.

G. J. OBS. 5532. — 18 ans. Séjour du 18 juin 1934 au 22 avril 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par 4 gr. d'or et un mauvais PNo gauche. Evolution bilatérale et mort.

P. C. OBS. 5546. — 18 ans. Séjour du 10 juin 1934 au 10 novembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale avec grosse géode à droite. Echec du PNo bilatéral. Traitée par 4 gr. d'or associés à une phrénicectomie sans résultat.

L. C. J. OBS. 5558. — 27 ans. Séjour du 16 juillet 1934 au 16 décembre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par un PNo droit insuffisant associé à 1 gr. 05 d'or et finit par évoluer à gauche.

M. L. OBS. 5569. — 18 ans. Séjour du 2 août 1934 au 18 février 1935.

Lobite supérieure droite. Après échec du PNo, reçoit 4 gr. d'or associés à une phrénicectomie, Aucune amélioration radiologique, malgré une prise de poids de 12 kgs.

B. A. OBS. 5577. — 27 ans. Séjour du 10 août 1934 au 3 février 1935.

Tuberculose ulcéreuse du sommet gauche, après échec du PNo, on fait 3 gr. 25 d'or associés à une phrénicectomie. Albuminurie. Pas d'amélioration.

M. V. OBS. 5584. — 18 ans. Séjour du 14 septembre 1934 au 4 décembre 1934.

Tuberculose ulcérée droite, avec grosse géode apicale, traitée par 2 gr. d'or et une phrénicectomie. Diminution légère de la géode lors du départ, trop précoce.

G. J. OBS. 5585. — 30 ans. Séjour du 14 septembre 1934 au 23 mai 1935.

Tuberculose miliaire bilatérale, diffuse. Reçoit 1 gr. 25 d'or associés à un PNo bilatéral suivi d'épanchement bilatéral et de décès.

T. M. OBS. 5592. — 34 ans. Séjour du 14 septembre 1934 au 2 janvier 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale excavée au sommet droit. Malgré une phrénicectomie droite et 3 gr. d'or, les lésions continuent à évoluer.

R. A. OBS. 5597. — 33 ans. Suivie du 21 septembre 1934 au 18 janvier 1938.

Tuberculose ulcéreuse du sommet gauche. Reçoit 3 gr. 25 d'or associés à un PNo gauche qui laisse encore en 1938 une géode apicale à cause d'une symphyse du sommet.

Ch. I. OBS. 5612. — 33 ans. Suivie du 2 novembre 1934 au 15 janvier 1938.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale ulcérée à droite, traitée par un PNo droit et 4 gr. d'or. A cause d'une symphyse de l'apex, il persiste une géode en 1938.

A. I. OBS. 5617. — 23 ans. Séjour du 29 octobre 1934 au 28 mars 1935.

Tuberculose ulcéreuse du sommet droit, traitée par 1 gr. 25 d'or et une phrénicectomie. L'ensemble est sans aucun effet.

L. M. OBS. 5621. — 40 ans. Séjour du 20 novembre 1934 au 14 août 1935.

Tuberculose à type d'infiltrat récent du sommet droit. Reçoit 2 gr. 50 d'or. Le PNo est impossible. On fait une phrénicectomie qui donne une ascension diaphragmatique. Malgré cela une géode se creuse au sommet.

B. E. OBS. 5670. — 31 ans. Séjour du 1^{er} mars 1935 au 26 juillet 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par un PNo inutile, car limité, et 3 gr. d'or. Part aggravée.

M. P. OBS. 5671. — 42 ans. Séjour du 4 mars 1935 au 7 octobre 1935.

Forme broncho-pneumonique bilatérale, traitée par un PNo bilatéral et 2 gr. d'or. Suivie de décès.

M. M. OBS. 5676. — 30 ans. Séjour du 11 février 1935 au 25 novembre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale. Traitée par 3 gr. 25 d'or associés à un PNo bilatéral, qu'on laisse symphyser dans une maternité où la malade va accoucher. Aussi la malade, qui allait bien, est revue en mauvais état en 1937.

B. J. OBS. 5707. — 22 ans. Séjour du 18 avril 1935 au 21 juillet 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse très évolutive du poumon gauche, avec infiltrat droit. Reçoit 2 gr. d'or associés à un mauvais PNo gauche. Une thoracoplastie améliore la malade.

R. J. OBS. 5717. — 33 ans. Séjour du 7 mai 1935 au 4 avril 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par un PNo gauche et 3 gr. d'or. Mais il se fait une évolution droite, traitée par PNo droit suivi de perforation et de mort.

M. M. OBS. 5732. — 23 ans. Séjour du 8 juin 1935 au 15 décembre 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse droite ulcérée, traitée par 1 gr. 25 d'or, un PNo droit et une phrénicectomie droite. Part trop vite avec une amélioration radiologique, mais laisse par négligence son Pno se symphyser.

O. L. OBS. 5748. — 28 ans. Séjour du 1^{er} juillet 1935 au 10 mars 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale, prédominant à droite, traitée par 4 gr. d'or, une phrénicectomie gauche et ultérieurement un PNo gauche. La malade part en très mauvais état.

B. R. OBS. 5750. — 22 ans. Séjour du 2 juillet 1935 au 27 mai 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse parahilaire droite, traitée par 4 gr. d'or et un PNo droit, associé à une poussée qui justifie un PNo gauche. Part améliorée radiologiquement.

D. E. OBS. 5773. — 38 ans. Séjour du 27 juillet 1935 au 31 janvier 1936.

Tuberculose bilatérale évolutive, traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo gauche, décédée après sa sortie du Sanatorium.

P. F. OBS. 5774. — 36 ans. Séjour du 29 juillet 1935 au 22 avril 1936.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale traitée par un PNo bilatéral très mauvais à droite, meilleur à gauche, associés à 4 gr. d'or. Part très légèrement améliorée.

R. R. OBS. 5791. — 30 ans. Séjour du 5 septembre 1935 au 18 janvier 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite, traitée par 4 gr. d'or et une phrénicectomie. Aucun changement au départ.

M. J. OBS. 5792. — 24 ans. Séjour du 6 septembre 1935 au 22 avril 1936.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale ulcérée à gauche, traitée par un PNo droit et 4 gr. d'or sans résultat.

E. M. OBS. 5830. — 21 ans. Séjour du 20 décembre 1935 au 7 octobre 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale traitée par 4 gr. d'or associés à un Pno gauche. Bon résultat à gauche, mais persistance des lésions à droite.

F. J. OBS. 5842. — 19 ans. Séjour du 12 février 1936 au 29 avril 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse traitée par 1 gr. 75 d'or associé à un PNo gauche. Mauvais résultat, le temps de séjour n'a pas permis de suivre l'évolution.

B. M. OBS. 5851. — 18 ans. Séjour du 19 février 1936 au 10 avril 1937.

Tuberculose à type de lobite supérieure droite excavée. Malgré 4 gr. d'or, une phrénicectomie droite et un PNo controlatéral; quitte le service en pleine évolution.

V. M. OBS. 5859. — 27 ans. Séjour du 9 mars 1936 au 3 juin 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse du poumon droit, traitée par PNo droit et 10 gr. d'or. Mais un épanchement purulent empêche de juger de l'état du poumon sous-jacent.

A. B. OBS. 5875. — 26 ans. Séjour du 27 mars 1936 au 21 septembre 1936.

Pneumothorax droit et infiltrat discret à gauche. Reçoit sans aucun résultat 5 gr. 50 d'or.

M. R. OBS. 5879. — 28 ans. Séjour du 10 avril 1936 au 9 juillet 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée par 4 gr. 50 d'or et une phrénicectomie après échec du PNo. Décédée.

M. M. OBS. 5880. — 42 ans. Séjour du 11 avril 1936 au 13 mars 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche, traitée par 1 gr. 50 d'or interrompu pour diarrhée. Malgré une phrénicectomie gauche, suivie d'une ascension diaphragmatique considérable, aucun résultat de ce côté, et évolution de l'autre.

Ch. S. OBS. 5883. — 25 ans. Séjour du 18 avril 1936 au 23 juillet 1936.

Tuberculose fibro-caséuse gauche, très étendue. Traitée par 2 gr. 50 d'or et une phrénicectomie un mois avant son départ. Légère amélioration des lésions basales.

A. A. OBS. 5884. — 32 ans. Séjour du 29 avril 1936 au 21 juillet 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse gauche, traitée par 4 gr. d'or associés à un PNo symphysé au sommet. Amélioration de l'état général, mais aucune modification radiologique.

G. B. OBS. 5954. — 47 ans. Séjour du 5 septembre 1936 au 2 mai 1937.

Tuberculose fibreuse du sommet droit. Reçoit 4 gr. d'or qui n'empêchent pas une évolution à ce sommet. Part avec une phrénicectomie qui l'améliore légèrement.

S. U. OBS. 5986. — 35 ans. Suivie du 1^{er} octobre 1936 au 29 août 1937.

Tuberculose ulcéro-caséuse du poumon droit, traitée par 4 gr. d'or. Le PNo droit étant impossible, on crée un PNo controlatéral associé à une phrénicectomie droite, ce qui amène une légère amélioration. Mais la malade quitte le service pendant un mois et revient pour y décéder.

G. A. OBS. 6057. — 23 ans. Séjour du 22 avril 1937 au 22 juillet 1937.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale avec très nombreux nodules fibrocristacés plus accentués à droite. Traitée par 1 gr. 25 d'or associé à une phrénicectomie, le PNo droit ayant été impossible. Aucun résultat.

L. G. — 20 ans. Suivie depuis le 3 avril 1937.

Tuberculose ulcéro-caséreuse du sommet gauche. Un PNo était indiqué mais n'est pas fait, malgré l'avis du Docteur Dufourt. On fait de l'or. La malade qui avait pris du poids revient plus malade et le PNo étant alors impossible à gauche, on fait une thoracoplastie. La malade évolue encore et est incurable.

F. D. Obs. 6097. — 15 ans. Séjour du 13 mars 1937 au 31 octobre 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale ulcérée à gauche, traitée par 1 gr. 95 d'or associé à un PNo gauche. De ce côté, bon résultat. Les lésions droites évoluent, le PNo droit étant refusé. La malade meurt chez elle.

B. S. — 26 ans. Entrée le 25 août 1937.

Début en 1932, qui fut traité par la chrysothérapie qui remonte l'état général de la malade. Mais, en 1936, rechute traitée à nouveau par l'or, qui détermine un érythème généralisé. Un PNo gauche est fait en novembre 1936, un PNo droit en juillet 1937. Ces PNos créés trop tard sont adhérents au sommet et se symphysent. L'évolution suit son cours.

D. S. — 26 ans. Entrée le 27 juillet 1938.

Début en 1933 révélé par la radiographie. Il y aurait eu « un voile du sommet droit ». On s'est empressé de faire de l'or, l'état général s'est amélioré. Mais l'affection a continué son évolution sournoise, puisque le 14 juillet 1938 la malade est envoyée au Sana où on constate des lésions excavées bilatérales. Rien n'est plus possible, puisque le PNo bilatéral tenté a échoué.

TRAITEMENT PAR LES SELS D'OR SEULS

Mauvais résultats.

G. J. OBS. 4732. — 16 ans. Séjour du 27 juin 1930 au 20 janvier 1931.

Tuberculose miliaire de la moitié supérieure gauche, traitée par 4 gr. d'or. Part avec le même aspect radiologique.

J. L. OBS. 4919. — Séjour du 29 juin 1931 au 18 mars 1932.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche; évolue malgré 4 gr. d'or et en prenant du poids.

A. O. OBS. 5024. — 28 ans. Suivie du 6 janvier 1932 au 5 juin 1936.

Tuberculose fibreuse droite traitée par phrénicectomie après 4 gr. d'or sans aucun résultat.

D. T. OBS. 5063. — 15 ans. Suivie du 23 mars 1932 au 30 novembre 1935.

Lobite droite excavée avec infiltrat gauche, traitée par 18 gr. d'or, ce qui n'a pas empêché la lobite de se creuser davantage et l'infiltrat de s'étendre.

S. B. OBS. 5154. — 36 ans. Séjour du 29 juin 1932 à août 1933.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale étendue, traitée par une première série de 3 gr. 25 d'or, puis une deuxième de 2 gr. 25. Amélioration qui dure jusqu'en juin 1933. Evolution terminée par le décès en août.

B. L. OBS. 5190. — 20 ans. Suivie du 5 novembre 1932 au 25 novembre 1934.

Lésions ulcéreuses droites, traitées par 4 gr. d'or. Un PNo inutile à droite fut abandonné. La malade fit des séjours en altitude. Revue, elle présente des géodes très cerclées.

C. I. OBS. 5207. — 22 ans. Suivie du 3 décembre 1932 au 12 mars 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse droite, traitée sans résultat par 2 gr. d'or.

C. M. OBS. 5212. — 34 ans. Séjour du 20 décembre 1932 au 8 mars 1934.

Infiltration massive du poumon gauche, traitée par 1 gr. 50 d'or avant l'entrée au Sana. Un PNo est impossible; on fait 8 gr. d'or. Malgré cela, les lésions évoluent et un ensemencement granulique se fait dans les deux poumons.

V. J. OBS. 5213. — 24 ans. Séjour du 21 décembre 1932 au 25 juillet 1933.

Tuberculose fibro-caséreuse droite, traitée par 7 gr. 25 d'or. Part dans un état analogue à celui qui existait à l'entrée, avec une géode très cerclée à droite.

B. J. OBS. 5226. — 18 ans. Séjour du 4 janvier 1933 au 1^{er} juillet 1933.

Tuberculose ulcéro-caséreuse des sommets. Malgré 4 gr. d'or, la malade, qui avait pris du poids, maigrit, et les lésions restent identiques.

B. J. OBS. 5249. — 30 ans. Suivie du 18 février 1933 au 11 juin 1936.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale des deux sommets, traitée par 2 gr. d'or. Les cavernes per-

sistent à la sortie; revue en 1937, la malade garde le même aspect radiologique, avec un mauvais état général.

- C. C. OBS. 5252. — 27 ans. Séjour du 24 février 1933 au 6 octobre 1933.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale, traitée par 2 gr. d'or mal tolérés. Les lésions s'améliorent à gauche, mais évoluent à droite, et la malade, revue en 1934, est aggravée.

- D. M. OBS. 5258. — 28 ans. Séjour du 2 mars 1933 au 21 mai 1933.

Tuberculose ulcéro-caséreuse traitée par 1 gr. d'or, sans résultat radiologique au départ. Elle revient le 24 janvier 1935 avec des lésions étendues à droite, dont l'évolution n'est pas enrayée par 1 gr. d'or fait à nouveau.

- B. I. OBS. 5269. — 27 ans. Séjour du 28 mars 1933 au 16 septembre 1933.

Tuberculose ulcéro-fibreuse bilatérale traitée par 2 gr. d'or, interrompus pour albuminurie et diarrhée. Part avec des cavernes très cerclées, fixées.

- B. L. OBS. 5266. — 23 ans. Séjour du 18 mars 1933 au 20 juin 1933.

Volumineuse géode apicale gauche, avec infiltration du reste du champ, 3 gr. d'or n'ont aucun résultat.

- C. M. OBS. 5276. — 16 ans. Séjour du 28 mars 1933 au 28 octobre 1933.

Lésions ulcéreuses des deux sommets traitées par 2 gr. 25 d'or suspendus pour albuminurie. Evolution terminée par le décès.

S. M. OBS. 5281. — 18 ans. Suivie du 1^{er} avril 1933 au 21 mars 1936.

Tuberculose du sommet droit traitée sans résultat par 1 gr. d'or qui a provoqué une éruption cutanée. Ensuite la malade a présenté des ecchymoses spontanées et du tremblement.

D. L. OBS. 5289. — 18 ans. Séjour du 17 avril 1933 au 22 février 1934.

Infiltrat intercleido-hilaire gauche, traité sans résultat par 3 gr. d'or, suspendus pour albuminurie.

B. C. OBS. 5299. — 20 ans. Séjour du 2 mai 1933 au 12 mars 1934.

Tuberculose ulcéro-fibreuse des deux sommets avec grosse caverne gauche. Après 4 gr. d'or la caverne se fixe et se cerclé.

R. R. OBS. 5344. — 18 ans. Séjour du 8 juillet 1933 au 10 janvier 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse gauche avec grosse géode. Reçoit 4 gr. d'or qui laissent sans changement l'image radiologique.

A. L. OBS. 5356. — 27 ans. Séjour du 27 juillet 1933 au 23 décembre 1933.

Volumineuse géode droite, traitée par 3 gr. d'or arrêtés pour albuminurie. A la sortie la géode est très cerclée.

B. P. OBS. 5374. — 29 ans. Séjour du 30 août 1933 au 30 mars 1934.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale, traitée par 4 gr. d'or, qui n'empêchent pas la formation de cavernes dans les deux poumons. Le PNo bilatéral avait été impossible. D'autre part cette malade avait reçu antérieurement plusieurs séries de sels d'or.

P. M. OBS. 5382. — 34 ans. Séjour du 23 septembre 1933 au 18 avril 1934.

Reçoit 4 gr. d'or pour tuberculose fibreuse des deux sommets, avec quelques taches. A la sortie, aspect identique à celui qui existait à l'entrée.

T. M. OBS. 5400. — 31 ans. Séjour du 30 octobre 1933 au 14 mars 1934.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale, qui reçoit 4 gr. d'or et part du Sana avec les mêmes lésions, malgré une reprise de poids importante.

R. A. OBS. 5405. — 43 ans. Séjour du 3 novembre 1933 au 16 décembre 1933.

Tuberculose fibro-caséuse du sommet droit, traitée sans aucun résultat par 1 gr. d'or.

P. A. OBS. 5407. — 21 ans. Séjour du 10 novembre 1933 au 22 mars 1934.

Tuberculose ulcéreuse du sommet droit avec granulations miliaires. Aucun changement de l'image radiologique.

G. H. OBS. 5413. — 33 ans. Séjour du 20 novembre 1933 au 22 mars 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse droite et fibro-caséuse gauche. Reçoit 1 gr. d'or sans aucun résultat.

O. I. OBS. 5420. — 22 ans. Suivie du 6 février au 2 juin 1934.

Tuberculose ulcéro-fibreuse gauche, traitée par 4 gr. d'or. Diminution des lésions, mais des cavernes persistent, noyées dans un tissu fibreux.

N. M. OBS. 5421. — 17 ans. Séjour du 4 décembre 1933 au 26 avril 1934.

Tuberculose fibro-caséreuse du sommet droit, qui reçoit 4 gr. d'or et part exactement avec le même aspect radiologique qu'à l'arrivée.

J. E. OBS. 5425. — 27 ans. Séjour du 6 décembre 1933 au 26 février 1934.

Bronchopneumonie tuberculeuse, traitée sans succès par 2 gr. d'or.

P. C. OBS. 5437. — 15 ans. Suivie du 12 janvier 1934 au 24 décembre 1937.

Fibrothorax gauche avec dilatation bronchique, qui reçoit 4 gr. d'or en 1937 pour un petit infiltrat droit qui reste semblable lors du départ de la malade.

M. A. OBS. 5450. — 22 ans. Séjour du 13 février 1934 au 3 avril 1934.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale avec grosse géode apicale gauche, 1 gr. 05 d'or amène le cerclage de la caverne.

P. M. OBS. 5452. — 22 ans. Séjour du 17 février 1934 au 11 septembre 1934.

Reçoit 1 gr. d'or pour tuberculose fibro-caséreuse gauche peu étendue. Part sans modifications radiologiques.

H. I. OBS. 5493. — 46 ans. Séjour du 13 avril 1934 au 30 août 1934.

Tuberculose ulcéreuse de la partie supérieure du poumon gauche. Malgré 4 gr. d'or le processus évolutif s'étend. La malade avait reçu en 1930 de l'or, sans qu'aucun examen radiographique n'ait été fait auparavant.

H. M. OBS. 5521. — Séjour du 4 juin 1934 au 4 juillet 1935.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale droite sans résultat par 4 gr. d'or. La malade continue à évoluer.

L. M. OBS. 5557. — 22 ans. Séjour du 16 juillet 1934 au 14 décembre 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale, traitée sans aucun résultat par 4 gr. 50 d'or.

R. M. OBS. 5563. — 25 ans. Séjour du 3 août 1934 au 27 décembre 1934.

Tuberculose ulcéro-caséuse étendue à tout le côté gauche. Malgré 3 gr. 25 d'or, aucune modification radiologique, bien qu'une reprise de poids ait été constatée.

L. M. OBS. 5574. — 25 ans. Séjour du 21 août 1934 au 15 décembre 1934.

Tuberculose ulcéreuse du sommet droit à type de lobite. Reçoit sans aucun résultat 1 gr. 50 d'or.

S. A. OBS. 5583. — 45 ans. Séjour du 19 juin 1934 au 20 octobre 1934.

Enorme lésion ulcéreuse gauche, avec infiltrat droit. 4 gr. d'or restent sans aucune action.

F. F. OBS. 5611. — 17 ans. Séjour du 31 octobre 1934 au 28 février 1935.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale qui évolue vers la mort après avoir reçu 1 gr. 50 d'or arrêté pour albuminurie.

P. J. OBS. 5614. — Suivie du 18 octobre 1934 au 26 septembre 1937.

Tuberculose ulcéro-fibreuse gauche, étendue à tout le poumon. 1 gr. 50 d'or reste sans effet et en 1937 les cavernes se sont agrandies en même temps qu'est apparue une nébuleuse sous-claviculaire droite.

T. A. OBS. 5618. — 26 ans. Séjour du 31 octobre 1934 au 10 mai 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale. Après échec du PNo bilatéral, reçoit 4 gr. d'or et quitte le Sana aggravée. Elle avait déjà reçu de l'or antérieurement.

L. B. OBS. 5625. — 23 ans. Séjour du 13 novembre 1934 au 28 mai 1935.

Cortico-pleurite de la base droite traitée par 4 gr. d'or. Mais à la sortie, accentuation des lésions.

P. H. OBS. 5637. — 35 ans. Séjour du 29 décembre 1934 au 29 mai 1935.

Tuberculose ulcéro-fibreuse droite avec infiltrat gauche. Reçoit 2 gr. d'or et part dans le même état radiologique.

C. J. OBS. 5658. — 31 ans. Séjour du 28 janvier 1935 au 29 août 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse droite; 4 gr. d'or améliorent l'état général sans modification radiologique.

P. E. OBS. 5681. — 14 ans. Suivie du 2 décembre 1933 au 15 mars 1935.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale traitée par 2 gr. d'or. On avait tenté un PNo bilatéral, mais le gauche était inutile et le droit s'est symphysé. Aggravation des lésions.

C. M. OBS. 5714. — 37 ans. Séjour du 8 mai 1935 au 25 juillet 1935.

Tuberculose fibro-caséreuse bilatérale, traitée par 1 gr. 50 d'or qui provoque de l'albuminurie et des aurides. Pas de modifications radiologiques.

B. R. OBS. 5724. — 16 ans. Séjour du 24 mai 1935 au 22 août 1935.

Tuberculose fibro-caséuse des deux bases traitée par 4 gr. d'or. Part sans modifications.

- B. J. OBS. 5885. — 41 ans. Séjour du 30 avril 1936 au 9 avril 1937.

Tuberculose fibreuse bilatérale traitée par 1 gr. d'or, qui provoque un érythème. Aucune modification à la sortie.

- P. Y. OBS. 5897. — 21 ans. Séjour du 5 mai 1936 au 22 novembre 1936.

Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale évolutive, traitée par 1 gr. 50 d'or. Décès.

- S. J. OBS. 5988. — 36 ans. Séjour du 28 décembre 1936 au 18 juin 1937.

Tuberculose fibro-caséuse du poumon gauche, étendue à la moitié supérieure du poumon. Reçoit 2 gr. 75 d'or sans résultat.

- J. C. OBS. 6043. — 63 ans. Séjour du 6 avril 1937 au 18 septembre 1937.

Tuberculose ulcéro-caséuse du poumon gauche, d'allure récente. Echec de PNo. Reçoit 4 gr. d'or. La caverne se cercle et se fixe.

- V. M. OBS. 6147. — 39 ans. Séjour du 3 novembre 1937 au 20 janvier 1938.

Tuberculose à type d'infiltrat discret sous-claviculaire droit. Reçoit sans résultat 2 gr. 75 d'or. Les lésions s'étendent, mais la malade refuse un PNo.

- F. G. OBS. 6166. — 25 ans. Séjour du 1^{er} décembre 1937 au 12 février 1938.

Malade depuis 1932, traitée pendant trois ans par de l'or qui lui fait prendre du poids, qu'elle reperd entre chaque série. Cette thérapeutique l'amène, en 1937, au Sana, présentant dans chaque poumon de

volumineuses géodes cerclées, contre lesquelles rien n'est possible.

S^r B. — Suivie du 4 octobre 1933 au 3 juillet 1937.

Tuberculose hématogène à forme granulique, traitée par une première série de 4 gr. d'or. Les lésions régressent.

Retour offensif des lésions qu'on traite, en 1936, par une 2^e série avec le même succès. Nouveau retour en 1937 qu'on traite de même, mais la mort se produit par granulie méningée.

A. J. — 16 ans. Séjour du 11 février 1937 au 19 juin 1937.

Tuberculose fibro-caséreuse discrète, bilatérale. Reçoit 3 gr. 75 d'or. Le poumon gauche se nettoie, mais le droit garde le même aspect.

K. J. — 44 ans.

Malade depuis 1921, elle a reçu 14 gr. d'or et se présente en 1938 avec d'énormes géodes de chaque côté, fixées dans la sclérose et une dyspnée intense. Incurable.

F. A. — 25 ans. Suivie depuis le 20 octobre 1930.

La malade présente, en 1930, une infiltration discrète du sommet gauche, qui disparaît au repos. Puis, en 1931, poussée nouvelle, évolutive, qu'on traite par 4 gr. d'or, qui l'améliorent. Mais, en 1938, elle est revue avec une tuberculose ulcéro-caséreuse du sommet droit, qu'on ne peut plus traiter par le PNo, puisqu'il échoue.

G. M. — 28 ans. Suivie de 1935 à 1938.

Malade qui présentait, en 1935, des lésions bilatérales discrètes traitées à ce moment par une dose importante, semble-t-il, d'or. L'évolution qui semblait arrêtée, reprend, et à l'entrée au Sana, le 20 décembre 1937, elle présente une lobite ulcéro-caséreuse droite. Un PNo tenté échoue. Les sels d'or ont donc fait perdre deux ans à la malade.

TRAITEMENT PAR LES SELS D'OR SEULS

Bons résultats.

V. S. OBS. 126. — 7 ans. Séjour du 18 août 1934 au 4 mai 1936.

Infiltrat précoce sous-claviculaire gauche. Reçoit 1 gr. 25 d'or. Part avec une cicatrice fibreuse et va très bien en 1937.

S. J. OBS. 5186.

Tuberculose diffuse du sommet gauche traitée par 4 gr. d'or. La sclérose s'est accentuée.

M. H. OBS. 5250. — 24 ans. Séjour du 22 février 1933 au 4 juillet 1933.

Tuberculose très discrète à droite, avec B. K. dans l'expectoration. Traitée par 4 gr. d'or. Elle part guérie.

R. J. OBS. 5301. — 15 ans. Suivie du 7 mars 1928 au 2 juillet 1933.

A reçu, pour tuberculose fibro-caséuse bilatérale, 1 gr. 75 d'or en 1929 et 2 gr. 25 en 1933.

Part améliorée, la fibrose s'accroissant aux sommets.

M. R. OBS. 5418. — 28 ans. Séjour du 8 décembre 1933 au 28 avril 1934.

Reçoit 2 gr. 50 d'or pour tuberculose fibro-caséeuse des deux sommets. A la sortie, nettoyage radiologique. Il ne persiste que des travées fibreuses à droite.

R. M. OBS. 5428. — 22 ans. Séjour du 19 décembre 1933 au 26 mai 1934.

Tuberculose miliaire bilatérale traitée par 4 gr. d'or.

On constate une diminution nette des lésions qui sont devenues muettes à l'auscultation. Prise de poids importante.

G. M. OBS. 5457. — 38 ans. Séjour du 20 février 1934 au 12 juillet 1934.

Tuberculose fibreuse discrète à droite, ulcéro-caséeuse à gauche.

Reçoit 3 gr. 50 d'or et part avec des champs pulmonaires fibreux.

S. I. OBS. 5488. — 25 ans. Séjour du 23 avril 1934 au 6 août 1934.

Reçoit 3 gr. d'or pour traiter une très petite géode du sommet droit. Arrêt pour albuminurie. La malade part avec un cliché radiographique normal.

C. E. OBS. 5500. — 15 ans. Séjour du 7 mai 1934 au 6 septembre 1934.

Tuberculose fibro-caséeuse bilatérale, qui reçoit 4 gr. d'or et part avec des lésions améliorées.

M. E. OBS. 5553. — 17 ans. Séjour du 4 juillet 1934 au 10 juillet 1936.

Tuberculose bilatérale à type lobite droite et infiltrat gauche.

Reçoit, au début de son séjour, 1 gr. 25 d'or. En 1936, avec le repos, ses lésions sont radiologiquement cicatrisées.

C. R. OBS. 5606. — 16 ans. Séjour du 24 octobre 1934 au 22 septembre 1936.

Tuberculose fibro-caséuse bilatérale, traitée par 1 gr. d'or.

On envoie la malade en altitude; elle en revient avec des poumons clairs où ne persiste qu'une tache fibreuse sous-claviculaire droite.

B. M. OBS. 5804. — 23 ans. Séjour du 15 octobre 1935 au 19 mars 1936.

Infiltrat discret des deux sommets traité par 1 gr. 25 d'or.

Part en ne conservant plus qu'une petite tache sous-claviculaire droite.

Revue en octobre 1936 après un séjour en altitude, va parfaitement bien.

D. R. OBS. 5678. — 16 ans. Séjour du 9 avril 1936 au 7 novembre 1936.

Tuberculose fibreuse discrète des deux sommets avec petit infiltrat sous-claviculaire gauche, traitée par 5 gr. 50 d'or. Part avec des lésions complètement calcifiées.

J. L. OBS. 6128. — 21 ans. Séjour du 21 septembre 1937 au 27 février 1938.

Infiltrat discret en voie d'ulcération à la partie moyenne du poumon droit.

Traitée par 2 gr. 25 d'or. La lésion a complètement disparu.

C. L. OBS. 6132. — 40 ans. Séjour du 17 septembre 1937 au 2 janvier 1938.

Tuberculose fibro-caséuse excavée du sommet gauche, traitée par 2 gr. d'or.

Part sans la géode, avec un nettoyage incomplet mais important de son parenchyme.

CONCLUSIONS

Nous pouvons reprendre à notre compte cette phrase de Gaussel, qui émet un vœu plein de sagesse :

« Il est à souhaiter que les médecins ne s'hypnotisent pas trop sur les avantages de la chimiothérapie, en particulier de la cure par les sels d'or, médication décevante dont les indications demeurent encore imprécises, et n'attendent pas qu'il soit trop tard pour avoir recours à la collapsothérapie uni ou bilatérale. »

Or, à l'heure actuelle, la chrysothérapie est entrée dans une phase de déclin et nous pensons que son emploi doit être rare.

Un dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire, un emploi large de la collapsothérapie qui pourra facilement être bilatérale, complétée, le cas échéant, par une section d'adhérences, représentent actuellement, en association avec la cure d'air et de repos, la meilleure thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

Nous ajouterons même que la collapsothérapie chirurgicale doit être envisagée précocement après échec de ces moyens simples de thérapeutique médicale, et qu'on ne doit pas plus perdre un temps précieux à l'emploi des sels d'or qu'on en perdrait à pratiquer

des injections de calcium intraveineux ou autre produit similaire. On ne doit pas laisser passer le moment où l'état général est encore bon, les lésions limitées, dans une attente trop souvent vaine des effets de l'or.

De plus, l'emploi de l'or ne devrait être fait que par des phthisiologues avertis et prudents, en soumettant les malades à un examen sévère et une surveillance particulièrement fréquente, puisque l'or n'est pas une médication dépourvue de toxicité.

C'est en escomptant seulement une amélioration symptomatique et non pas le véritable miracle de la guérison, qu'on aura le moins de désillusions chez des malades qui ne sont justiciables d'aucun traitement.

Nous ne pouvons que regretter que s'éteigne ainsi une lumière qui avait semblé briller d'un si vif éclat à ses débuts, car le problème de la tuberculose serait facilement résolu si la chimiothérapie pouvait forcer la résistance du bacille de Koch, comme elle a forcé celle du spirochète de Schaudinn.

Vu : Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,
COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Mai 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBEAUX-FERNET. — Les accidents de la médication par l'or, étude pathogénique et déductions pratiques. (*La Science Médicale pratique*, N° 8, 15 avril 1934.)
- AMEUILLE (P.) et HINAULT (V.). — Efficacité de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (*Le Bulletin Médical*, 21 février 1931.)
- Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 3^e série, N° 35, 11 décembre 1931.)
- AMEUILLE (P.) et KLOTZ (I.). — Aurothérapie de la tuberculose pulmonaire. Indications, dosages, résultats. (*Bulletin et Mémoires Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, N° 33, 1930.)
- AMEUILLE (P.) et HINAULT. — Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée. (*Paris Médical*, N° 2, 9 janvier 1932.)
- ARLOING (F.), DUFOURT (A.) et DEMONFAUCON. — Le cycle de l'or chez les tuberculeux pulmonaires. (*Lyon Médical, Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 8 mars 1932.)
- ARLOING (F.) et THÉVENOT. — Action de la sanocrysine sur les bacilles tuberculeux ou cultures homogènes de S. Arloing. (*Revue de la Tuberculose*, août 1927.)

N. B. — Nous tenons à remercier le *Monde médical* de l'aide que ses fichiers nous ont apportée.

- AUTRAN (C. L.). — Contribution à l'étude de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; un sel d'or insoluble. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- BERNARD (Léon). — L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire. (*Nord Médical*, 1^{er} octobre 1928.)
- BERNARD (L.) et MAYER (Ch.). — Quatre années d'expériences du traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode danoise d'aurothérapie. (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, N° 11, 19 mars 1929.)
- BEZANÇON. — Chimiothérapie de la tuberculose. Les sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. (*Journal des Praticiens*, 10 novembre 1928.)
- BEZANÇON, BRAUN et AZOULAY. — Premiers résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. (*Presse Méd.*, N° 15, 20 février 1926.)
- BOURGEOIS (P.). — La place de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Soc. Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres*, 19 janvier 1935.)
- BOURGEOIS (P.) et BOISSONNET (J.). — Collapsothérapie et chrysothérapie associées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Revue Médicale Française*, juin 1935.)
- BOURGEOIS (P.) et LEVERNIEUX. — 850 cas de tuberculose pulmonaire confirmée traités par les sels d'or. (*Revue de la Tuberculose*, N° 1, 1935.)
- BOURGEOIS (P.), THIEL et LEVERNIEUX. — Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée de l'adulte. (*Presse Médicale*, N° 28, 6 avril 1935.)
- Les modifications radiologiques observées dans la tuberculose pulmonaire confirmée traitée par les sels d'or. (*Revue de la Tuberculose*, N° 3, mars 1935.)

- BURNAND (R.). — Sur quelques succès de l'aurothérapie à objectif limité. (*Revue de la tuberculose*, N° 3, mars 1935.)
- CARDIS (F.) et MALINSKY (A.). — Résultats et indications de la chrysothérapie d'après 333 cures chez 250 malades.
- CHABAUD (J.). — Thiosulfate double d'or et de sodium, médicament spécifique de la tuberculose pulmonaire. (Société d'Etudes Scientifiques de la Tuberculose, *Revue de la Tuberculose*, N° 5, mai 1935.)
- CORDIER, GAILLARD et LEVRAT. — Note sur des essais de traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (Société Méd. des Hôp. de Lyon, *Lyon Médical*, N° 22, 2 mars 1926.)
- CORDIER, GAILLARD et CARLE. — Notes sur l'aurothérapie. Résultats éloignés, 1925-1929. Stastitique portant sur 110 cas. (*Lyon Médical*, N° 23, 9 juin 1929.)
- CORDIER (M.). — La chrysothérapie chez les tuberculeux syphilitiques. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 24 novembre 1931.)
- COURMONT (P.). — Action de l'aurothérapie dans la tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 12 mars 1929.)
- Réflexion sur l'aurothérapie et sur son mode d'action. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 12 mars 1929.)
- COURMONT (P.) et GARDÈRE (H.). — Mode d'action des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. Thérapeutique et accidents. (*Journal de Méd. de Lyon*, 20 octobre 1937, N° 427.)
- COURMONT (P.), GARDÈRE (H.) et PICHAT (P.). — Action bactéricide des sels d'or pour le bacille de Koch « in vitro » et « in vivo ». (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 octobre 1934.)

- COURMONT (P.) et RIVOLLIÉ (P.). — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. Statistique personnelle, conduite de la cure, signification des accidents. (*Journal de Médecine de Lyon*, N° 427, 20 octobre 1937.)
- COURMONT (P.) et GARDÈRE (H.). — Chimiothérapie par les sels d'or de la tuberculose pulmonaire. Modes d'action. *Bull. Acad. Médecine*, 26 octobre 1937.)
- DUFOUT (A.). — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*L'Hôpital*, N° 245-246, septembre 1929.)
- A propos du traitement de la tuberculose pulmonaire en général et de la chrysothérapie en particulier. (*Lyon Médical*, N° 47, 20 novembre 1938.)
- DUFOUT (A.) et DAMEZ. — Sur certains accidents oculaires dus aux sels d'or. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 5 mai 1931.)
- DUFOUT (A.), VACHON et BRUN. — Série récente d'accidents dus à la chrysothérapie. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 21 mars 1933.)
- DUFOUT (A.) et LEDRU (J.). — Succès et dangers du pneumothorax bilatéral. (*Presse Médicale*, 9 décembre 1936.)
- DUMAREST (F.), BRETTE et BONAFÉ, MICHON, ROUGY. — Recherches sur la valeur thérapeutique de la sanocrysine de Mollgaard. (*Paris Médical*, 11 juin 1927.)
- DUMAREST (F.), MOLLARD (H.), PAVIE (P.) et LEFÈVRE (P.). — A propos des accidents et des résultats de la chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (*L'Avenir Médical*, N° 9, novembre 1931.)
- DUMAREST (F.) et MOLLARD (H.). — Posologie individuelle des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. L'autotolérance et l'aurosensibilité. (*Bull. Acad. de Méd.*, N° 8, séance du 24 février 1931.)

- DUMAREST (F.), LEFÈVRE (P.), MOLLARD (H.), PAVIE (P.) et ROUGY (P.). (4^e édition). — La pratique du pneumothorax.
- DUMAREST (F.) et LEBEUF, MOLLARD (F.), PAVIE (H.). — Intoxication, biotropisme, intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 avril 1932.)
- DUMON. — Considérations sur la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. A propos de 220 cas de tuberculose pulmonaire traitée par les sels d'or. (*Thèse*, Marseille, 1933-34.)
- DUTREY. — Arthrite par sanocrysine. (*La Prensa Medica Argentina*, juin 1935.)
- DUPREZ (Ch.). — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*Bruxelles Médical*, N° 23, 8 avril 1934.)
- Quelques cas de tuberculose pulmonaire traités par aurothérapie à hautes doses. (*Bruxelles Médical*, 14 juillet 1935, N° 37.)
- FELDT. — Essais chimiothérapiques avec l'or. (*Klin. Woch*, 11 juin 1927.)
- FURIC (L. H. M.). — Les accidents des sels d'or. Considérations pharmacologiques, cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- GARIN (C.), BOUCOMONT (J.) et ROUGIER (Mlle). — Les indications de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (*XX^e Congrès Français de Médecine*, Montpellier, 16-17 octobre 1929.)
- GAUSSEL. — La collapsothérapie bilatérale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Montpellier Médical*, 1933, t. 2, p. 312.)
- GILBERT et MIÈGE. — Contribution à l'étude des suspensions huileuses de sels d'or (Solganal B) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Journal Médical de Leysin*, juillet-août, 13^e année, N° 40.)

- GOUGEROT (H.). — Les accidents de la chrysothérapie. (*Journal des Praticiens*, 24 août 1935.)
- GUINARD (L.). — Rapport des Sanatoriums de Bligny. Méthodes actuelles de traitement de la tuberculose pulmonaire. (Exercice 1934).
- GUINARD (U.). — Cure de repos et chrysothérapie. Etude statistique sur 791 observations de sanatorium.
- GEERAERD. — Sels d'or et tuberculose pulmonaire. (*Bruxelles Médical*, N° 35, 30 juin 1935.)
- GIRAUD et CARDIS. — Précis de Phtisiologie.
- HINAULT et MOLLARD. — Le traitement aurique de la tuberculose.
- JULLIEN (W.). — La part des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Gazette Médicale de France et des pays de langue française*, N° 20, décembre 1936.)
- KAPLAN (M.). — Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1933.)
- LEURET (E.). — Sels d'or et tuberculose. (*Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 juin 1934, N° 18.)
- Technique et traitement de la tuberculose par les sels d'or. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 20 janvier 1936.)
- L'or et la tuberculose. (*Clinique et Laboratoire*, N° 5, 20 mai 1938.)
- LEURET (E.), CAUSSIMON (J. et P.). — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine de Mollgaard. (*Gaz. hebd. des Sciences Médicales*, N° 13, 31 mars 1929.)
- MATTEI (Ch.) et HAIM (J.). — Notes sur la gravité des reprises dans la tuberculose pulmonaire déjà améliorée par la chrysothérapie et insuffisamment traitée dans la suite par les sels d'or. (*Marseille Médical*, N° 12, avril 1935.)

- MATTEÏ (Ch.) et ISEMEIN. — Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Provence Médicale*, N° 30, 15 mars 1934.)
- MATTEÏ (Ch.), RAYNAUD (Marcel) et TRAMONI (Paul). — Notes sur 170 cas de tuberculose pulmonaire traités par la chrysothérapie. (*Archives de Médecine Générale et Coloniale*, N° 3, 1935.)
- MAYER (Ch.). — Le thiosulfate double d'or et de sodium dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1926.)
- Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*Revue de Médecine*, N° 9, novembre 1934.)
- MIGNOT (R.). — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*Presse Médicale*, N° 5, 15 janvier 1930.)
- MOLLARD. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*Thèse*, Lyon, 1928-1929.)
- Les accidents importants de la chrysothérapie et leur thérapeutique. (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, N° 26, 10 décembre 1933.)
- PRUVOST. — La tuberculose pulmonaire et la sanocrysine. (*L'Hôpital*, avril 1926.)
- RIST-ROLLAND et COULAUD. — Essais de traitement de la tuberculose par l'aurothiosulfate de soude.
- RIST, ROLLAND, COULAUD, HIRSCHBERG et TRIBOULET. — (*Revue de la Tuberculose*, N° 2, 1926.)
- Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. (*Revue de la Tuberculose*, N° 2, 1926.)
- RISTORCELLI. — Contribution à l'étude des modifications radiologiques favorables des lésions pulmonaires tuberculeuses au cours de la chrysothérapie. (*Thèse*, Marseille, 1934-1935.)

- RIVOLLIER (P.). — Données nouvelles sur le traitement de la tuberculose par les sels d'or. (*Thèse*, Lyon, 1937.)
- SAVY (P.). — Traité de thérapeutique clinique.
- SERGENT (E.). — Quelques réflexions sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*Le Progrès Médical*, N° 24, 16 juin 1934.)
- STEPHANI (J.). — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. (*Le Progrès Médical*, N° 45, 3 novembre 1928.)
- Evolution naturelle des cavernes. Leur cicatrisation spontanée par le traitement conservateur. (*In Montana Medical*, N° 2, 1934.)
- STEPHANI (J.) et MOLLARD. — Propos sur les chrysothérapies de la tuberculose. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 mars 1935.)

Accidents cutanés.

- BERNARD (L.) et BLANCHY, Mlle MAYER (Cg.) et MALLARMÉ.
— Trois cas de pigmentation cutanée spéciale consécutive à la chrysothérapie. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. N° 24, 17 juill. 1933.)
- BERTRAND (L.). — Un cas extraordinaire d'érythrodermie généralisée consécutive à l'aurothérapie. *Le Scalpel* (*Journal belge des Sciences médicales*, 14 déc. 1935.)
- BLUM (Paul) et CLARY (André). — Les lichens plans médicamenteux (à propos des accidents cutanés déclanchés par l'or et l'arsenic). (*Le Monde Médical*, N° 863, I, 5, 1935:)
- CARDIS et CONTE. — La Chrysocyanose. (*Annales de Dermatologie et de Syphil.*, Mars 1936.)

- DARNAULT. — La Chrysocyanose. (*Thèse Lyon*, 1931.)
- D'HOURL (H.) et DAVID (P.). — Lichen plan au cours d'un traitement par injection de sels d'or. (*Soc. Méd. et Anatomo-Clinique de Lille*. S. du 24 janv. 1933. — In *Journal des Sciences Médicales*, 19 fév. 1933, N° 8.)
- DUMAS (A.), GATÉ (J.) et CUILLERET (P.). — Aurides cutanées eczématiformes et fissuraires péri-buccales papuleuses et syphiloïdes des régions palmaires. (*Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, 38, 279. fév. 1931.)
- GATÉ. — Accidents cutanés et muqueux de l'aurothérapie. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 12 mars 1929.)
— Toxidermie à forme d'hydroa buccal, vraisemblablement consécutive à un traitement par la sanocrysine. (*Lyon Médical*, 12 septembre 1926, p. 299.)
- GATÉ (J.), CUILLERET (P.) et TIRAN (P.). — Erythrodermie aurique. (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, réunion dermat., Lyon, 39, 476-479, avril 1932.)
- GLANGER (S.). — Contribution à l'étude des accidents cutanés de la chrysothérapie. La pigmentation aurique. (*Thèse*, Paris, 1934, Rodstein, édit.)
- GOUGEROT, BLUM (P.) et DESGREZ (Ch.). — Tatouage par l'or. (*Arch. dermat. syph. de la Clin. de Saint-Louis*, sept. 1932.)
- GOUGEROT (H.), BLUM (P.) et DUREL (P.). — Lichen corné et verruqueux, lichen spinulosus, lichen plan et pigmenté post-aurique. (*Rev. franç. de Dermatologie et de Vénér.* N° 1, janv. 1935.)
- GOUGEROT et BOUCHET. — Evolution en deux temps d'une érythrodermie aurique et localisation en deux régions prédisposées par la lumière (au décolleté) et par d'anciennes éruptions médicamenteuses aux membres inférieurs. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 38, 1467, déc. 1931.)

- GOUGEROT et BURNIER. — Erythrodermie kératosique palmaire bilatérale à la suite d'injections de sels d'or. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 36, 64-67, fév. 1929.)
- GOUGEROT, BURNIER et COHEN (R.). — Erythrodermie aurique généralisée après 14 injections locales d'un centigramme de sels d'or. (*Arch. Dermato-Syphil. de la Clin. de Saint-Louis*, sept. 1932.)
- GOUGEROT, BURNIER, COHEN (R.) et PATTE. — Erythrodermie aurique précoce dès le onzième jour. (*Arch. Dermat. Syph. de la Clin. de Saint-Louis*, sept. 1932.)
- GOUGEROT (A.) et CARTEAUD (A.). — Erythrodermie aurique d'apparition précoce. Action curative sur le lupus érythémateux d'une dose très faible. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 38, 47, anv. 1931.)
- Pigmentation réticulée survenue après une érythrodermie aurique. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 38, 47, anv. 1931.)
- GOUGEROT (A.), CARTEAUD et IGLESIAS. — Erythrodermie aurique précoce. (*Arch. dermato-syph. de l'Hôp. Saint-Louis*, juin 1931.)
- GOUGEROT et COHEN (R.). — Eczémas auriques. (*Arch. Dermato-Syph. de la Clin. de Saint-Louis*, sept. 1932.)
- GOUGEROT, COHEN (R.) et PATTE. — Erythrodermie aurique précoce dès le onzième jour. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 36, 366-372, avril 1929.)
- Lichen plan et eczéma déclanché par l'or dans les mêmes zones. (*La Semaine des Hôp. de Paris*, N° 5, 15 mars 1933. — *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 39, 1662-1664, déc. 1932.)
- GOUGEROT, COHEN et UHRY (P.). — Anaphylaxie à l'or. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 36, 366-372, avril 1929.)

- GOUGEROT et IGLESIAS (A.-M.). — Un nouveau cas d'érythrodermie toxique aurique précoce au huitième jour. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 37, 1273, déc. 1930.)
- GOUGEROT et SARAZIN (J.). — Toxicodermie aurique minima : simple desquamation des pieds et des mains sans érythème visible. (*Bull. Doc. franç. de Dermat. et Syph.*, 38, 1466, déc. 1931.)
- GOUGEROT (H.) et STEWART (W.). — Lichen plan post-aurique : 1° Poussée pigmentée diffuse; 2° Poussée papuleuse dépigmentante et régression spontanée. (*Arch. Dermat. Syph.*, mars 1935.)
- JAUNEAL (Roger). — Les accidents de la médication aurique; leur polymorphisme. (*Thèse de Paris*, 1931, Jouve et Cie, édit., 15, rue Racine.)
- NOVÉ-JOSSERAND et GATÉ (I.), etc. — Pigmentation aurique de la peau chez trois enfants tuberculeux soumis à un traitement prolongé par les sels d'or chrysocyanose. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 38, 117-120, janv. 1931.)
- LUCIA et DUMON. — Aurides cutanées prémenstruelles. (*Soc. de Méd. de Marseille*, S. des 23 mai et 6 juin 1934. — In *Arch. de Méd. Gén. et Coloniale*, N° 1, 1935.)
- LEBEUF et MOLLARD. — Les aurides muqueuses et cutanées. (*Presse Médicale*, 38, 1239-1242, sept. 13, 1930.)
- LEBEUF (F.) et MOLLARD (H.). — A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie. (*Paris Médical*, 2, 510-513, déc. 6, 1930.)
- Morphologie des aurides, essai de classification. (*Ann. de Dermat. et Syph.*, 2, 214, 288, fév. 1931.)
- LORTAT-JACOB et JAIME. — Erythrodermie aurique. (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 38, 169-171, fév. 1931.)

MILIAN (G.). — Erythème et eczéma au cours d'un traitement par la crisalbine. (*Paris Méd.*, N° 16, 22 avril 1933.)

— Auride biotrope complexe mélangé de lichen plan, de psoriasis et d'eczéma craquelé. (*Revue Franç. de Dermat. et de Vénérol.*, 9, 518-527, nov. 1933.)

NICOLAS (J.), LEBEUF et CHARPY (J.). — Purpura aurique. (*Bull. Soc. franç. de Dermat-Syph.*, (réunion dermat.), 39, 328-329, mars 1932.)

PIERI (J.) et VIGNE (P.) et DUSAN (J.). — Aurides licheniennes cornées. (Com. méd. des Bouches-du-Rhône, séance du 6 mars 1936. — In *Marseille Médical*, N° 18, 25 juin 1936.)

RATHERY (F.) et DEROT (M.) et DOUBROW (S.) et JAMMET. — Chrysopexie et chrysocyanose (étude anatomoclinique). (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 50, 1217-1221, 16 juillet 1934.)

RENAULT (P.). — Aurides polymorphes (purpuriques et lichenoïdes) avec abcès aux points d'injections des sels d'or. (*Soc. Méd. chir. des Hôp. Libres*, séance du 3 nov. 1936. — In *Arch. hosp.*, N° 10, déc. 1936.)

SABRAZÈS. — L'érythème desquamatif récidivant de l'autothérapie. (*Gazette hebd. des Sc. Méd.*, N° 24, 12 juin 1932.)

TÉTAU (J.). — Les accidents cutané-muqueux des sels d'or. (*Gaz. Méd. de France*, 15 déc. 1929, N° 12, p. VII.)

— Le lichen plan accident des sels d'or. (*Thèse*, 1929, Jouve et Cie, édit., 15, rue Racine, Paris.)

TOURAINÉ (R.) et MÉNÉTRÉL. — Lichens polymorphes post-auriques. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 40, 261-265, fév. 1934.)

VIGNE (P.). — Purpura hémorragique mortel après chrysothérapie. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, réunion dermat., Lyon, 39, 861-863, juillet 1932.)

Accidents Bucco-pharyngés.

- AUBIN et LEMAITRE. — Un cas de stomatite et laryngite aurique. (*Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris*, séance du 20 fév. 1933. — In *Ann. d'Oto-Laryng.*, 1933, N° 6, juin.)
- BOULLE (S.). — Les stomatites auriques. (*Thèse*, Paris, 1937.)
- CARRIÈRE et HURIEZ. — Un accident rare de l'aurothérapie : la stomatite pemphigoïde. (*Soc. de Méd. du Nord*, séance du 26 janv. 1934. — *L'Echo Médical du Nord*, N° 9, 4 mars 1934.)
- COSTE (F.), FORESTIER (J.) et BOURDERON (J.). — Accidents biotropiques dus à l'or. Réactions focales. Bronchite aurique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 24, 11 juillet 1932, séance du 1 juillet 1932.)
- DULGUEROFF (A.-P.). — Les accidents buccaux de la chrysothérapie : stomatite nacrée aurique et lichen plan buccal. (*Thèse de Paris*, 1935, Vigne.)
- GATÉ. — Toxidermie à forme d'hydroa buccal, vraisemblablement consécutif à un traitement par la sanocrysine. (*Lyon Médical*, 1926, T. II, p. 299)
- LEBEUF (F.) et MOLLARD (H.). — Les aurides muqueuses et cutanées. (*Presse Médicale*, Paris, 38, 13 sept. 1930.)
- Accidents muqueux (stomatites) après chrysothérapie. (*Ann. de Dermat. et Syph.*, 2, 214, 228, fév. 1931.)
- A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie. (*Paris Médical*, 6 déc. 1930.)
- MARGAROT et RAIMBAULT. — Imprégnation aurique des dents au cours de la chrysothérapie. (In *Soc. de Dermat. et de Syph.*, N° 3, mars 1937.)

- MILIAN. — La stomatite aurique. (*Rev. franç. de Dermat. et Vénér.*, N° 1, janv. 1935.)
- RAIMBAULT. — Les accidents buccaux de l'aurothérapie. (*Revue de Stomatologie*, N° 3, mars 1933.)
- SAUVAN (A.) et VIGNE (P.). — Stomatite et vulvite auriques. (*Marseille Médical*, N° 4, fév. 1933.)
- SOULAS et PARISKO. — A propos d'un cas de laryngite aurique. (In *Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, N° 8, août 1933.)

Accidents hépatiques.

- BONAFÉ et AZAM. — Un cas d'ictère provoqué par l'aurothérapie. (*B. M. d'Hauteville*, 26 mars 1929.)
- BRAILLON (J.). — Agranulocytose et ictère grave au cours de l'aurothérapie dans la tuberculose. (*Sang*, 8, 356, 1934.)
- BRETTE. — Ictère et aurothérapie. (*Bulletin Méd. d'Hauteville-Lompnès*, 26 mars 1929.)
- DUMAREST (F.), LEBEUF (F.), THIERS (H.) et MOLLARD (H.). — Les troubles hépatiques chez les tuberculeux pulmonaires traités par les sels d'or. (*Paris Médical*, N° 2, 14 janv 1933.)
- MATTEI (Ch.), PAGANELLI (A.). — Un cas d'ictère au début d'un traitement aurique. (*Soc. de Médecine de Marseille*, séance du 20 mars 1935. — In *Marseille Médical*, N° 12, 25 avril 1935).
- MILIAN (G.). — Ictère au cours d'un traitement par les sels d'or. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph.*, N° 5, mai 1936, séance du 14 mai 1936.)
- ROUBIER et SAVOYE. — L'ictère sanocrysién. (*Journal de Méd. de Lyon*, N° 211, 20 octobre 1928.)
- VAUTHEY (Paul et Max). — Accidents graves cutanés et hépatiques de la chrysothérapie. Guérison par la cure de Vichy. (*La Pratique Médicale Franç.*, N° 3, fév. 1934.)

Accidents rénaux.

- BERNARD (E.). — Sur la néphrite aurique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 17 juillet 1933.)
- BERNARD (E.) et ROSSIER (A.). — Les néphrites par les sels d'or. (*Paris Médical*, N° 1, 6 janv. 1934.)
- BÉTHOUX (L.). — Les accidents rénaux chez les tuberculeux pulmonaires traités par les sels d'or. (*Journ. de Méd. de Paris*, N° 38, 24 sept. 1936.)
- BOURGEOIS (P.) et BOURGEOIS (D.). — Les néphropathies auriques graves. Etude anatomo-clinique. (*Revue de la Tuberculose et Revue de Phtisiologie réunies*. Avril 1936.)
- BOURGEOIS (P.), Mlle DE JESENSKY et LEVERNIEUX (J.). — Néphrite aurique œdémateuse. Etude histo-chimique des lésions rénales. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 7 décembre 1934, N° 33, 17 décembre 1934.)
- CORDIER, CROIZAT et GRIFFON. — Sur une forme d'amylose rapide après chrysothérapie. (*Lyon Méd.*, 1929.)
- COSTE (F.), GAUTHIER-VILLARS (P.), KREIS (B.). — Néphrite aurique et amylose. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 35, 31 décembre 1934.)
- GIREAUX (L.). — Contribution à l'étude des accidents rénaux au cours du traitement aurique. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- SALLES (P.) et BRAILLON. — Néphrite aurique et amylose. (*Revue de la Tuberc.*, I, 298-299, mars 1933.)
- SIGURET (G.). — Albuminuries et néphrites auriques. (*Hôpital*, N° 356 bis, 22, 259, avril 1934.)

WEISSENBAACH (R.-J.), MARTINEAU (J.), BROCARD (J.) et MALINSKY (A.). — Néphrose lipoïdique après chrysothérapie. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 22, 29 juin 1936, séance du 19 juin 1936.)

Modifications hématiques.

ACHARD (C.), COSTE (F.) et CAHEN (R.). — A propos des désordres hématologiques provoqués par les sels d'or (purpura). (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 48, 547-567, 2 mai 1932.)

AMEUILLE et BRAILLON. — Sept cas de syndromes agranulocytaires auriques, (*Bull. et Mém. des Hôp. de Paris*, N° 32, 19 déc. 1932, séance du 9 déc. 1932.)

ANGERAS et GINSBOURG. — Aleucie hémorragique (agranulocytose) post-chrysothérapique. (*Soc. Franç. d'Hémat.*, séance du 1 juin 1932.)

ARMAND-DELILLE, GAVOIS et BAYLE. — Intoxication aurique grave avec manifestations cutanées et modifications sanguines malgré l'emploi de doses faibles. (*Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 20 déc. 1932. — In *Revue franç. de Pédiatrie*, N° 1, T. IX, 1933.)

AUBERTIN (Ch.). — Agranulocytose et aurothérapie. (*Cours Médical*, N° 14, 4 avril 1937.)

BOULIN (R.), COSTE (Fl.), UHRY (P.) et ANTONELLI (J.). — Chrysothérapie et leucémie aiguë. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 mai 1936.)

BRAILLON (J.). — Agranulocytose au cours de la chrysothérapie. Rechute. Guérison. (*Soc. Franç. hémat.*, 5, fév. 1933. — *Le Sang biol. et path.*, N° 2, 1933.)

- Agranulocytose au cours de l'aurothérapie. Guérison. Reprise de l'aurothérapie sans incidents. (*Soc. Franç. d'hémat.*, 5 fév. 1934. — *Le Sang*, N° 3, 1934.)
 - Eruption bulleuse et désordres sanguins après chrysothérapie. (*Soc. Franç. hémat.*, 5 déc. 1933. — *Le Sang biol. et path.*, N° 2, 1933.)
 - Les agranulocytoses de l'aurothérapie. (*Thèse de Paris*, Le François, édit., 1935.)
- CHABAUD (J.), GINGSBOURG et BRIAND. — Syndrome de Schultz aurique. (In *Revue de la Tuberculose*, N° 9, nov. 1936.)
- CHABAUD, GINGSBOURG et LANGLET. — Un cas de syndrome agranulocytaire aurique fruste. (*Soc. Médicale des Hôp. de Paris*, séance du 3 nov. 1933, N° 27, 13 nov. 1933.)
- CHALIER (J.), PLAUCHU (M.) et BADINAND (L.). — Sur un cas de syndrome agranulocytaire post-aurique. (*Lyon Méd.*, 153, 774-780, 1 juillet 1934.)
- COSTE (M.). — Un cas de leucémie à cellules indifférenciées et à évolution suraiguë observée chez un tuberculeux pulmonaire traité par les sels d'or. (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, N° 10, 26 mars 1934.)
- COURTOIS. — Anémie pernicieuse aplastique au cours du traitement chrysothérapique. (*Soc. belge d'études scientifiques sur la Tuberculose*, séance du 1 déc. 1932. — In *Bruxelles Médical*, N° 14, 5 fév. 1933.)
- DUMAREST (F.), MOLLARD (H.) et PAVIE (P.). — Les modifications de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie. (*C. R. Soc. de Biologie*, 107, 794-795, 30 juin 1931.)
- DUVERGER. — Chrysothérapie, purpura hémorragique. (*Gazette Méd. de Nantes*, N° 7, 1 avril 1932, p. 175.)

- FLANDIN (Ch.), ESCALIER (A.), SASSIER (P.) et JOLY (F.).
— Un cas d'agranulocytose mortelle par intolérance à l'or chez un tuberculeux pulmonaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 14, 8 mai 1933.)
- GRIVEAUD (E.). — Purpura aurique avec bulles. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 39, 822-823, juin 1932.)
- JACOB et DOUADY (D.). — Un cas d'agranulocytose chez une tuberculeuse traitée par la crisalbine. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 54, 798-802, 19 mai 1930.)
- JAQUELIN (A.) et ALLANIC (A.). — Sur un nouveau cas d'agranulocytose post-chrysothérapique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 22 avril 1932.)
- LAIGNEL-LAVASTINE, REYT. — Accidents hémorragiques au cours de la chrysothérapie (purpura). (*Sang*, 6, 452-456, 1932.)
- MARGAROT (J.), RIMBAUD (P.) et BÉTOULIÈRES (P.). — Syndrome agranulocytaire au cours d'un traitement aurique. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syph. réun. Dermat.*, 41, 545-553, avril 1934.)
- MILIAN. — Angine de Schultze et érysipèle au cours d'un traitement par la crisalbine. (In *Revue Franç. de Dermat. et Vénér.*, N° 1, janv. 1935.)
- NANCEL-PENARD. — Les réactions des éléments blancs du sang au cours de la chrysothérapie. (*Thèse de Bordeaux*, 1935-1936.)
- NANCEL-PENARD et DE LACHAND (R.). — Les modifications sanguines au cours de la cure aurique en tuberculose pulmonaire. (*Prat. Méd. Franç. (B.)*, avril 1936.)
- NICOLAS (J.), LEBEUF (F.) et CHARPY (J.). — Purpura aurique. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. syph. réunion dermat.*, 39, 328-329, mars 1932.)

- PAVIE (P.) et MOLLARD (H.). — Modifications de la formule leucocytaire au cours des accidents du traitement aurique. (*Lyon Méd.*, 150, 405-409, 16 oct. 1932.)
- ROUSLACROIX (A.). — Agranulocytose aurique transitoire cependant suivie de mort. (*Le Sud Méd. et Chirurg.* 15 janv. 1936, N° 2175.)
- WEIL (P.-Emile). — Le grand purpura hémorragique d'origine aurique. (*Paris Méd.*, 1 août 1931, N° 31, p. 102.)
- Nouveaux cas d'accidents hémorragiques au cours de la chrysothérapie. (*Soc. Franç. d'hémat.* séance du 1 juin 1932.)
- WEIL (P.-Emile) et BOUSSER (Jacques). — Les états hémorragiques post-auriques (purpura). (*Le Sang*, N° 8, 1932.)

Troubles nerveux de la Chrysothérapie.

- ALAJOUANINE, MAURIC et FAUVERT. — Deux cas de poly-névrites sensitives apparues au cours d'un traitement par les sels d'or. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 4, fév. 1934.)
- BOURGEOIS (P.), THIEL et BROUTMAN. — Accident mortel de la chrysothérapie. Syndrome de Landry associé à une érythrodermie aurique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 janv. 1935.)
- BOURRAT. — Polynévrite à prédominance sensitive et syndrome anxieux consécutif au traitement aurique. (*Presse Méd.*, 10 juillet 1935.)
- COURMONT, GARDÈRE et JEUNE. — Apparition, au cours d'un traitement par les sels d'or, d'une érythrose avec polyglobulie et d'un hémitremblement parkinsonien. (*Lyon Méd.*, 1935.)

- DELAHAYE. — Accidents nerveux et psychiques de l'aurothérapie. (*Thèse*, Lille, 1936.)
- DEVIC et BOUQUIN. — Troubles nerveux consécutifs à la chrysothérapie. (*Lyon Méd.*, 6 oct. 1935.)
- DEVIC, MANSUY et ROSSAND. — Les troubles nerveux de la chrysothérapie. (*Lyon Méd.*, 1936, 1, 475.)
- GERNEZ. — Les accidents neuropsychiques de l'aurothérapie. (*Revue de la Tuberculose*, août 1935, N° 4.)
- GERNEZ et NAYRAC. — Psychopolynévrite sensitive-motrice consécutive à la chrysothérapie. (*Revue de Neurologie*, déc. 1934.)
- JACOB. — Un cas de polynévrite aurique. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 16 fév. 1934, N° 6.)
- ROGER, ALLIEZ et JOUVE. — Etude clinique et physiopathologie des accidents nerveux de l'aurothérapie. (*Archives de Méd. générale et coloniale*, N° 6, 1935.)
- ROSSAND. — Des accidents nerveux de l'aurothérapie. (*Thèse*, Lyon, 1936.)
- TZANCK, PAUTRAT et KLOTZ. — Un cas de polynévrite et d'érythrodermie aurique. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, N° 9, 1934.)

TABLE DES MATIERES

<i>Avant-propos</i>	13
<i>Introduction</i>	19
CHAPITRE PREMIER. — L'enthousiasme du début de la chrysothérapie	21
CHAPITRE II. — Quelques opinions médicales sur la chrysothérapie	29
CHAPITRE III. — Les accidents de la chrysothérapie	71
Accidents immédiats	73
Accidents généraux	73
Accidents cutanés	74
Accidents bucco-pharyngés	77
Troubles gastro-intestinaux	79
Accidents rénaux	81
Accidents sanguins	83
Accidents nerveux	85
Accidents de foyer	90
Troubles sensoriels	91
Pathogénie des accidents	92
CHAPITRE IV. — Les dangers des sels d'or	95
CHAPITRE V. — Statistique du Sanatorium Sainte- Eugénie	111
<i>Observations</i>	119
<i>Conclusions</i>	171
<i>Bibliographie</i>	173



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

•• •• •• IMPRIMEURS-ÉDITEURS •• •• ••

•• 42, QUAI GAILLETON, 42 ••

•• •• •• •• LYON •• •• ••



